FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1973

THESE

N° 82

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marianne LEBOVICI
Née le 3 octobre 1943 à PARIS
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

VIVRE AVEC UN PARENT PSYCHOTIQUE

Président : M. DUCHE, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES
40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE
1973

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marianne LEBOVICI
Née le 3 octobre 1943 à PARIS
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

VIVRE AVEC UN PARENT PSYCHOTIQUE

Président : M. DUCHE, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES
40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur D.J. DUCHE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur D.J. DUCHEN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait le grand honneur de présider cette
thèse.

A Monsieur le Professeur S. LEBOVICI

Mon Père.

En témoignage de mon affection et de ma profonde admiration.

A Monsieur le Professeur S. LEPOVICI

Mon Père.

En témoignage de mon affection et de ma profonde
admiration.

A Monsieur le Professeur A. BOURGUIGNON

et A Monsieur le Docteur B. ALLIOT

Qui m'ont donné l'occasion de suivre l'enseignement qu'ils avaient organisé dans le cadre du certificat d'Etudes Spéciales en Psychiatrie, au C.H.U. de Saint-Antoine.

A Monsieur le Professeur A. BOURGUIGNON

et A Monsieur le Docteur B. ALLIOT

Qui m'ont donné l'occasion de suivre l'enseignement
qu'ils avaient organisé dans le cadre du certificat
d'Etudes Spéciales en Psychiatrie, au C.H.U. de Saint-
Antoine.

A Monsieur le Docteur Philippe PAUMELLE

Directeur de l'Association de Santé Mentale du XIIIe Arrondissement.

et A ses Collaborateurs,

Grâce auxquels j'ai pu apprécier la grande valeur de la psychiatrie communautaire.

Je remercie tous ceux qui travaillent à l'Association de Santé Mentale du XIIIe arrondissement de m'avoir fourni les documents que j'ai utilisés pour l'élaboration de cette thèse.

A mes Maîtres d'Externat :

- Monsieur le Professeur G. LEPERCQ
- Monsieur le Professeur N. PERON (In Memoriam)
- Monsieur le Professeur R. LEIBOVICI
- Monsieur le Professeur R. KOURILSKY
- Monsieur le Professeur G. LEMAIRE
- Monsieur le Professeur G. MAHOUDEAU

A mes Maîtres d'Internat :

- Monsieur le Docteur L. DREYFUSS
- Monsieur le Docteur M. SCHWEICH
- Monsieur le Docteur P. BEQUART
- Monsieur le Docteur P. BERNARD

A mes Conférenciers :

- Messieurs les Docteurs :

  - R. BYDLOWSKI
  - J.C. ARFOUILLOUX
  - SIGUIER
  - DUCASSE
  - MIMOUNI

A Monsieur le Docteur R. DIATKINE

A Monsieur le Docteur A. GREEN

A Mademoiselle le Docteur J. SIMON

Que je remercie pour leur enseignement.

A Monsieur le Docteur M. RENARD

A ma Mère

A ma Soeur, Elizabeth

A ma Grand-Mère

A ma Famille

et A tous mes Amis

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Réflexions et notes de lecture à partir de quelques textes consacrés aux enfants de parents psychotiques.

A - Considérations générales et études statistiques.

- Communication sur "l'impact de la maladie mentale des parents sur leurs enfants" au congrès de Jérusalem (1970).
- Communication du Dr. Marcus au congrès de Jérusalem.
- Article de Biermann.
- Concept du "High Risk" de J. ANTHONY.

B - Etude des travaux inter-disciplinaires, et en particulier de certaines données de la psychiatrie familiale.

- "L'enfant dans sa famille" : impact d'une grave maladie mentale ou physique des parents sur la vie familiale, de J. ANTHONY,
- Livre de M. Rutter : "children of sick parents".
- Travaux de Spiegel et Bell.

C - Travaux psychanalytiques qui tendent à cerner le problème du retentissement de la maladie mentale des parents sur le développement psycho-affectif de leurs enfants.

- Article de J. BOWLBY : "soins maternels et santé mentale".
- Article de D. Winnicott "L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant".
- Article de P. Bourdier : "l'hyper-maturation des enfants de parents malades mentaux".

CHAPITRE II : Etude systématique de 54 observations

CHAPITRE III : A propos de quelques observations.

I - Famille P.

II - Famille S.

III - Famille V.

IV - Famille F.

V - Famille B.

CONCLUSIONS

oOo

I N T R O D U C T I O N

1 - La vieille polémique qui a opposé pendant tant d'années les organicistes et les psychogénéticiens dans le domaine de la psychose devait tenir compte de données très intéressantes provenant d'études de la transmission héréditaire de ces troubles mentaux. En effet, il est incontestable qu'il existe des facteurs héréditaires dans la psychose maniaco-dépressive, et à moindre titre, dans la schizophrénie.

L'étude de ces données ne sera pas l'objet de ce travail. D'ailleurs cette vieille querelle opposant organicistes et psychogénéticiens est tout-à-fait périmée.

FREUD, lui-même, a reconnu qu'il existait une inter-relation entre les facteurs héréditaires et acquis, non seulement en ce qui concerne la genèse de la maladie mentale mais aussi dans toute la durée de son évolution.

Un psychanalyste contemporain, James ANTHONY (*) a trouvé une excellente métaphore pour éclairer ce fait, celle de "l'Iceberg" ; l'apparence est trompeuse et on peut méconnaître une série de causes passées inaperçues comme la partie de l'iceberg dissimulée dans la mer.

2 - Grâce au développement de la psychanalyse et à l'intérêt que celle-ci a porté aux psychotiques, la maladie mentale est apparue comme l'expression des conflits dans les relations inter-personnelles du malade avec son entourage.

Au décours de la deuxième Guerre Mondiale, le travail d'équipe en psychiatrie, qui est devenu la règle, a souligné le rôle décisif de la famille dans la génèse et le développement des troubles mentaux.

On a pu dire qu'il fallait trois générations pour fabriquer un schizophrène (BOWEN (*)).

(*) Voir l'index bibliographique.

L'enfant psychotique est souvent décrit comme le porte-drapeau de la pathologie familiale, et l'on comprend bien l'intérêt des études anthropologiques, sociologiques, et celui porté aux troubles de la communication intra-familiale. En particulier, la référence au système du "double bind" (double lien), comme l'a décrit G. BATESON, est souvent invoquée comme un mode de communication spécifique entre l'enfant psychotique et ses parents (*).

En tout état de cause, la prise en charge du psychotique devrait actuellement comprendre un travail portant sur sa famille et les modes de communication intra-familiale.

Je reviendrai plus d'une fois sur ces données fondamentales, sans lesquelles la psychose risque fort de nous apparaître comme hermétique.

Mais ce travail vise plus spécifiquement à tenter de saisir ce que représente dans le vécu de l'enfant le fait d'avoir un ou deux parents psychotiques. Un tel abord devrait également comporter aussi un essai d'approche de la compréhension du rôle que peuvent jouer les enfants dans l'évolution de la psychose parentale.

3 - La psychiatrie de Secteur et de Communauté permet l'étude du malade et de sa famille dans leur milieu de vie.

L'abord du vécu de l'enfant de parents psychotiques peut se faire dans trois conditions :

a - Dans le cadre de l'action des services de psychiatrie générale, à l'occasion d'une décompensation psychotique, on peut être amené à examiner d'urgence les enfants du malade et éventuellement à intervenir. Cette pratique est dénommée "crisis intervention" aux U.S.A.

Après cette intervention initiale on peut envisager de suivre certains de ces enfants.

b - A l'inverse, souvent des enfants sont adressés au service de Pédo-psychiatrie pour des troubles divers, et, à cette occasion, peuvent être décelés, chez l'un des parents, des troubles mentaux graves jusque là méconnus.

---

* Voir l'index bibliographique.

Dans certains cas, ces parents refusant d'être suivis par les équipes de Psychiatrie Générale, c'est au service de Pédo-psychiatrie d'en assumer la charge. Parfois même on apprend que ces parents ont été ou sont traités par ailleurs (1).

c - Il m'a semblé également intéressant de mettre en valeur l'influence des différentes phases évolutives de la psychose sur le développement des enfants.

En effet, on imagine facilement combien néfaste peut être la coexistence avec un parent délirant ou présentant des troubles mentaux extériorisés.

Les auteurs classiques ont montré l'existence d'une forme de "Délire à deux" (*).

Mais il ne faut pas oublier que dans les périodes apparemment calmes, les psychotiques adultes vivent souvent dans un état proche de la dépression, voire même d'un sentiment d'anéantissement. L'enfant s'en trouve alors obligatoirement désinvesti et son développement probablement fortement troublé.

4 - Après une mise en place des réflexions suscitées par les quelques lectures de textes concernant ce vaste problème, je me propose de présenter les résultats systématiquement étudiés sur un petit nombre d'observations recueillies dans les deux départements de Psychiatrie Générale et Infantile de l'Association de Santé Mentale du XIIIe Arrondissement.

Je choisirai également quelques observations que j'étudierai plus en profondeur, essayant de répondre, s'il est possible, aux questions relatives aux sentiments vécus par l'enfant de psychotique, dans les trois abords évoqués plus haut.

---

(1) Cette situation est particulièrement explicite lorsqu'il existe des liens organiques entre les équipes de Psychiatrie d'Adultes et d'Enfants dans le cadre du même Secteur.

J'ai pu apprécier l'intérêt d'un tel système pour l'élaboration de ce travail, dans le cadre de l'Association de Santé Mentale du XIIIe Arrondissement à Paris.

- Directeur Général : Dr. R. ANGELERGUES
- Directeur du Service de Psychiatrie Générale : Dr. Ph. PAUMELLE
- Directeur du Service de Psychiatrie Infantile : Dr. S. LEBOVICI.

* Voir l'index bibliographique.

C H A P I T R E I

NOTES DE LECTURES

J'ai regroupé les textes que j'ai eu l'occasion de consulter en trois grandes catégories.
Les premiers, sont un ensemble de documents qui se réfèrent plutôt à des données générales concernant les aspects de la personnalité ou les troubles éventuels des enfants de psychotiques.
Le deuxième groupe est consacré à des lectures de travaux inter-disciplinaires qui font en particulier appel à des études de psychiatrie familiale.
Le troisième groupe est franchement orienté vers des travaux psychanalytiques qui tentent de cerner l'approche individuelle et en profondeur des relations des parents psychotiques avec leurs enfants.

A - CONSIDERATIONS GENERALES

Le 7e Congrès de l'Association Internationale de Psychiatrie Infantile et des Professions Affiliées qui eut lieu à Jérusalem en août 1970 était consacré à l'étude de l'enfant dans sa famille. Plusieurs travaux et plusieurs symposis furent consacrés à l'impact de la maladie mentale de l'un ou des deux parents sur les enfants. Le Docteur R. Landau et ses collaborateurs (*) ont publié un travail qui est resté inédit sur l'influence des parents psychotiques sur le développement de leurs enfants : il s'agit d'une recherche comparative portant sur les familles de 500 psychotiques suivis et hospitalisés au moins une fois. Parmi ces malades, sont choisis ceux qui étaient mariés et avaient au moins un enfant de plus de 5 ans. L'échantillon total a porté sur 63 familles qui avaient ensemble 251 enfants. Cet échantillon est comparé à un groupe témoin

---

* Voir l'index bibliographique.

de 59 familles qui comprenaient ensemble 274 enfants. L'équipe de recherche était multi-disciplinaire et s'efforça de travailler dans des conditions aussi strictes que possible, même pour les représentants du groupe témoin. Dans ce groupe aucun parent n'avait été hospitalisé en milieu psychiatrique et dans cet échantillon, on s'est efforcé d'éviter l'impact culturel ; dans le groupe témoin, les familles choisies vivaient dans le voisinage du groupe des parents psychotiques.

L'hypothèse de départ était que, quelle que soit l'importance des prédispositions génétiques, les perturbations observées chez les enfants pouvaient être dans une large mesure la conséquence de la nocivité de l'environnement.

A propos des parents, il a été rempli un questionnaire comprenant les principaux éléments biographiques. On recueillait le diagnostic psychiatrique qui avait été établi durant l'hospitalisation et on notait la durée et le nombre des réadmissions. Pour les parents 6 diagnostics ont été retenus : schizophrénie, psychose puerpérale, psychose organique, sévères perturbations de la personnalité, autres cas. A noter que l'échantillon comportait une grande majorité de schizophrènes (42 cas).

Les enfants faisaient l'objet d'un questionnaire et d'un rapport scolaire. Ils étaient examinés par un psychiatre et par un psychologue. Il est à noter que certains enfants, qui étaient séparés de leur famille, parce qu'ils étaient plus âgés, n'ont pas été examinés.

Dans le groupe des parents, sur les 42 cas de schizophrénie, il y avait 3 cas dont les deux conjoints étaient l'un et l'autre schizophrènes, 8 enfants issus de ce couple ont été groupés de la manière suivante : un cas de psychose infantile ; un cas de retard intellectuel ; trois cas de troubles névrotiques sévères ; un cas de suicide ; deux cas sans pathologie notable.

L'étude des conditions d'habitation et des conditions économiques du groupe pathologique montre que, dans l'ensemble, les familles y vivent dans de moins bonnes conditions que le groupe témoin. L'instabilité professionnelle y est nettement plus grande. Cette constatation est d'autant plus importante

que l'échantillon de population est semblable. On retrouve là un fait bien connu, suivant lequel il y a bien souvent coïncidence entre des troubles mentaux sévères et un mauvais niveau socio-économique.

Dans l'étude du groupe pathologique, on constate encore un fort pourcentage de troubles mentaux chez les conjoints des malades examinés. Les constatations faites sur les enfants portent, rappelons-le, sur 251 enfants dans le groupe dit pathologique et sur 274 enfants dans le groupe témoin.

Dans l'étude du développement, les auteurs sont frappés par les troubles de l'apparition et de l'évolution du langage et de la parole, auxquels ils attribuent une énorme importance, et ils sont amenés à penser qu'il peut y avoir une coïncidence entre les troubles du langage et les difficultés dans l'élaboration de la pensée.

Il existe un retard significatif dans l'établissement de la propreté du groupe dit pathologique.

Il n'y a pas de différence significative dans le taux des hospitalisations à l'occasion de maladies de l'enfant dans les deux groupes, mais d'une façon significative, le groupe dit des familles pathologiques subit plus souvent des complications de maladies infectieuses banales, que le groupe témoin.

Dans le groupe de la recherche, les enfants ont dû être souvent placés. C'est le cas pour 114 enfants des 251 du premier groupe, alors que 53 enfants seulement sur les 274 appartenant au groupe témoin ont fait l'objet d'un placement.

L'étude comporte une comparaison extrêmement détaillée du développement des enfants appartenant aux deux groupes. Nous nous contenterons de rappeler ici le tableau des divers diagnostics qui ont été portés dans chaque cas pour les enfants appartenant aux deux groupes étudiés. (XXI - Diagnostic des enfants).-

Dans l'ensemble, les résultats recueillis au cours de cette patiente et sérieuse étude, bien qu'elle ne porte que sur des éléments tout-à-fait extérieurs, sont assez impressionnants et ont fait l'objet d'une élaboration statistique qui permet des comparaisons valables.

Diagnostic	Groupe Recherche	Groupe Témoin
Sans diagnostic psychiatrique	42	11
Sans troubles psychiatriques	16	178
Troubles réactionnels	42	21
Comportement névrotique	88	0
Episodes psychotiques	12	0
Atteinte cérébrale	7	3
Suicide ou tentatives	3	0
Troubles de la personnalité	10	3
Arriération mentale limite	10	10
Arriération mentale secondaire	3	4
Oligophrénie	3	3
	236	233

Les auteurs estiment que leur étude démontre que les conditions de développement des enfants dans les familles de psychotiques ont un caractère pathogène : l'insécurité, le choc affectif et l'insuffisance des relations qui s'y organisent sont considérés comme des facteurs pathogènes, en sorte que le groupe des enfants appartenant aux familles de psychotiques peut être considéré comme une "population exposée". Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le traumatisme le plus grave dont souffrent ces enfants, n'est peut-être pas l'hospitalisation de l'un des parents ou de la mère. Les enfants de psychotiques ont, en effet, avant tout à surmonter les difficultés qui sont liées au comportement du parent malade et la nécessité de s'y adapter :

ils ont à faire face aux bizarreries de la pensée et de la conduite de leurs parents, et ne trouvent pas en eux des objets valables d'identification. De là l'impossibilité qu'ils ont d'acquérir confiance en eux-mêmes et d'élaborer une personnalité suffisamment forte. Les auteurs considèrent que ces enfants ont une tendance à se réfugier dans la maladie, du fait des conditions qui viennent d'être rappelées.

En conclusion, ils rappellent les paroles d'une petite fille de 8 ans qui fut examinée par eux : "maman me dit toujours que les voisins mettent du poison dans les tuyaux de nos W.C. et à travers les portes. Je ne le crois pas. Je sais que ma maman est malade, mais quand même, peut-être que maman sait quelque chose. Probablement les voisins nous haïssent-ils : c'est pourquoi, je ne sors pas dehors et je ne joue pas avec eux".

La citation de cette petite fille montre que dans certains cas, on se trouve à la limite d'une influence très grave des parents qui conduit les enfants à adopter leur thèse délirante, comme dans les cas de folie à deux, bien connus.

A ce même congrès, Joseph MARCUS* se fit l'avocat d'une thèse tout-à-fait opposée, suivant laquelle il existerait en quelque sorte une diathèse schizophrénique constitutionnelle qui s'affirme à travers des troubles dont la constatation est faite par l'examen neurologique.

Comme dans le cas précédent, l'étude de J. Marcus porte sur deux échantillons, l'un d'enfants de schizophrènes hospitalisés au moins une fois, et l'autre d'enfants appartenant à un groupe de contrôle. Les examens neurologiques furent faits sans que l'appartenance à l'un ou l'autre des échantillons ne fût connue par les juges.

A l'examen neurologique, les examinateurs étudièrent la symétrie faciale, la coordination motrice fine, la perception visuelle, les éléments de latéralisation et d'intégration audio-visuelle. Ils constatèrent que la moitié du groupe des enfants de parents schizophrènes avaient une maturation neurologique plus pauvre, exprimant un facteur génétique dans l'évolution de la schizophrénie.

En étudiant les conditions d'établissement du réflexe phospho-galvanique, J. Marcus remarque que, chez les enfants schizophrènes, la réponse était motrice et plus lente, tandis que la dilatation provoquée par la chaleur

était plus rapide. Il fait l'hypothèse qu'il existerait un déficit enzymatique particulier dans les conditions d'apparition de la schizophrénie. En dépit de ces considérations, l'auteur ne peut nier que l'environnement et les difficultés éprouvées par l'enfant doivent jouer un rôle dans l'établissement de ses troubles, mais il estime que les déficits enzymatiques et des défauts génétiques sont les bases qui aggravent les difficultés de l'enfant dans la vie particulière qui lui est faite, lorsqu'il appartient à une famille de schizophrènes.

R. BIRMANN (*) étudie l'influence nocive des familles de schizophrènes sur le développement mental de leurs enfants. Il l'attribue avant tout à l'attitude ambivalente ou même rejetante des mères, attitude qui a pu se manifester à la naissance d'un enfant ou lors d'un accès psychotique, et dont les conséquences ont eu d'autant plus d'importance que ces enfants étaient plus jeunes.

Dans d'autres périodes de leur maladie, les mères psychotiques peuvent développer des relations émotionnelles plus intenses avec leurs bébés et leurs enfants, mais alors elles tentent de les influencer, et souvent essayent de les faire adhérer à leurs idées délirantes.

La schizophrénie est également un facteur de séparation entre l'enfant et ses parents, et ce fait ne doit pas être négligé.

Birmann a poursuivi des recherches systématiques sur les enfants de familles de schizophrènes : son étude porte sur 100 familles où, dans 69 des cas, les mères étaient schizophrènes, tandis que les pères étaient schizophrènes dans 31 des cas. Il y avait, pour ces 100 familles, 236 enfants. Pour 15 d'entre eux, on a pu porter le diagnostic de pré-psychose. Dans 6 cas, on pouvait parler de folie à deux. Mais dans 60 % des cas existaient des troubles du comportement très nets, en particulier une instabilité psychomotrice, avec des manifestations sous-jacentes d'angoisse. Dans 32 % des cas on pouvait parler de troubles nettement psychosomatiques. Des tests projectifs ont été pratiqués systématiquement, et l'existence de symptômes précoces constatée lors de ces examens psychologiques laissent à craindre, selon l'auteur, la possibilité d'un développement psychotique ultérieur. Aucun de ces enfants n'avait atteint l'adolescence et aucun d'entre eux ne présentait de troubles psychotiques francs.

---

* Voir l'index bibliographique.

L'auteur, qui s'est demandé si les troubles observés chez les enfants de schizophrènes ont une valeur prodromique dans l'évolution d'une psychose, lorsqu'ils deviendront des adultes, n'est pas en état de conclure.

Dans un travail qui a été publié en 1968, James Anthony présente une étude clinique et expérimentale des enfants à "hauts risques", lorsqu'ils ont des parents schizophrènes. Selon lui, le concept du risque ne peut être que multi-dimensionnel et les facteurs qu'il cherchera à mettre en évidence sont : héréditaires, constitutionnels, "environnementaux, biographiques, et ils se reflètent dans le développement des enfants.

oOo

B - Après avoir fait une brève analyse de quelques travaux se référant à des données générales et statistiques concernant les aspects de la personnalité et les troubles éventuels des enfants issus de parents psychotiques, il ne paraît indispensable maintenant d'aborder des textes traitant des relations intra-familiales de familles comportant des malades mentaux.

Il est, en effet, de très nombreux travaux consacrés aux familles de schizophrènes, traitant des inter-relations entre les schizophrènes et leurs parents. Beaucoup plus rares sont les études concernant les relations des schizophrènes adultes avec leurs enfants. Néanmoins ces deux abords ne paraissent pas si éloignés l'un de l'autre ; en effet, les relations des schizophrènes avec leurs parents ne peuvent-elles pas se reproduire dans les relations qu'ils entretiendront avec leurs propres enfants ? Nombre de ces travaux émettent d'ailleurs l'hypothèse d'un mode de communication très particulier à l'intérieur de ces familles de schizophrènes, qui est induit par les parents de ces malades et que ceux-ci ont vite fait de reprendre pour leur propre compte, et ceci en particulier avec leurs enfants.

Anthony a fait une étude détaillée de "l'Impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale (ou physique) de l'un des parents". (*).Il s'est inspiré, pour ce faire, d'une méthode décrite par Lesage dans "Gil Blas de Santillane" ; celui-ci soulevait le toit des maisons pour observer ce qui se passait à l'intérieur. C'est la métaphore qu'utilise Anthony : "en soulevant le toit" il a essayé de voir par quels moyens les familles réagissent à l'impact de la maladie et quels sont les changements d'organisation et de fonctionnement qui en résultent.

En préliminaire, l'auteur passe en revue les différentes conceptions de la maladie, et il se distingue 6 catégories :

1 - la maladie peut être vue comme une "perturbation". En se basant là sur une étude faite dans l'état de New York concernant l'impact de la maladie sur des familles à faible niveau socio-culturel, on constate que si la mère est atteinte, s'en suivra une désorganisation importante de la vie familiale, tandis que, s'il s'agit de père, c'est le standing de vie qui baisse.

2 - La maladie peut être vue comme un "comportement dévié". Pour Tallott, Persons et Fox, la maladie est une fuite devant les obligations de la vie quotidienne, fuite qui apporte une sorte de solution aux problèmes de l'individu, en imposant une charge émotionnelle au reste de la famille. Ainsi, le père, principal garant du statut familial, peut échapper au poids de ses soucis en tombant malade ; il réclame ainsi l'attention de la mère, qui se détourne de ses enfants, chez lesquels peuvent apparaître alors des symptômes. La mère, elle, joue le rôle du pivot : c'est le centre de "l'orage émotionnel" de la famille. Si elle devient malade, il y aura un maximum de troubles dans la famille : "comme va la mère, va la famille" dit-on.
Toutefois, devenir malade n'est pas si simple. Les motivations profondes mises en jeu sont complexes et variées. Il peut s'agir d'un sentiment de culpabilité : être mauvais avec le désir d'un châtiment ; il peut s'agir aussi d'obtenir des gratifications régressives et narcissiques : il est si bon pour le Moi de devenir un moment son objet exclusif d'attention. Quant à la réponse familiale, elle se fait en général dans le sens d'une plus grande tolérance envers la maladie qu'il n'en est besoin. Ceci, car les différents membres de la famille projettent sur le malade leurs propres désirs régressifs ; s'y ajoutent des réactions d'envie, de jalousie, voire de sadisme ; la famille peut vivre dans "un bain commun de souffrance".

3 - La maladie peut être vue comme la destruction de la complémentarité des rôles familiaux.

4 - Ailleurs, la maladie peut être considérée comme une crise d'adaptation.

L'auteur cite ici une étude des processus d'adaptation engendrés par l'apparition d'une schizophrénie (Sampson et Coll.). Il est dit dans cette étude

que l'impact de la maladie dépend avant tout de la nature des relations conjugales, lesquelles reflètent les caractères de la relation parent-enfant qui les a précédées : relation symbiotique, pour certains, et la moindre séparation (ou la menace) crée une crise vitale détruisant l'aménagement précaire basé sur la dépendance ; relation autistique, pour d'autres, les partenaires vivant ensemble dans des mondes séparés, et à l'occasion d'une crise quelconque, le détachement s'accentue et finit par être reconnu comme psychotique.

5 - La maladie peut être considérée encore comme perte de contact : le malade peut changer radicalement, se métamorphoser, et les enfants, surtout s'ils sont jeunes, ressentir de la difficulté à établir un rapport entre le parent connu et la personne perturbée à laquelle ils sont tout à coup confrontés.

6 - La maladie peut être vue comme un défi : une maladie grave (mentale ou physique) représente quelque chose de nouveau avec quoi la famille est confrontée et qui peut être ressentie comme un traumatisme, voire une punition. La réponse de la famille, véritable micro-société, pourra se faire selon 3 schémas :

- tantôt la famille procède à sa croissance et à sa différenciation pour reconstituer une unité plus riche. On observe alors des tendances créatrices, de nouveaux sentiments ou de nouvelles pensées.

- Ailleurs, on observe un écroulement passager, suivi de guérison : chacun se sent victime et incapable de se prendre en main, et attend l'apparition du "sauveur".

- Ailleurs apparaissent des phénomènes de désintagration : la famille se divise en sous-groupes antagonistes qui entrent en conflit et conduisent à la scission. Ainsi chacun va à la dérive, la structure familiale devient confuse et les rôles indifférenciés.

En somme, la famille est constituée d'un groupe d'inter-relations et d'inter-dépendances dynamiques entre ses différents membres, chacun ayant son propre contact à l'intérieur et à l'extérieur de cette famille, et une susceptibilité différente à la contagion.
Quand un membre tombe malade, ses proches réagissent à la maladie, et le malade réagit à son tour à la réponse familiale. La famille souffre et partage la souffrance du malade.

Anthony expose ensuite quelles sont les trois formes de réponses à la maladie :

1 - "Croissance et différenciation" : la maladie a un effet "stimulant". L'histoire pré-morbide de la famille a autant de valeur pronostique pour son intégration future, que celle d'un malade en ce qui concerne l'évolution de sa psychose.

Les facteurs qui plaident en faveur d'une expérience maturante pour une famille confrontée avec la maladie, sont les mêmes que ceux qui laissent espérer une bonne adaptation chez l'adulte, comme une enfance heureuse pour les parents, une bonne relation conjugale, un bon curriculum scolaire, la capacité à faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

La famille de ce type pourra répondre à la maladie en rassemblant ses ressources, en élaborant des solutions constructives. L'auteur s'appuie ici sur un exemple clinique ; une mère de famille, schizophrène, avait déliré au début sur un mode éroto-maniaque ; son médecin l'aimait et voulait se débarrasser de sa propre femme. Mais cette dernière l'apprenait et, pour se venger, avait décidé d'enlever les enfants de la malade. Et les pauvres enfants étaient devenus l'objet d'une surveillance insupportable.

Le mari prit alors la décision de réunir un conseil de famille comprenant les enfants. Ainsi s'est établie la reconnaissance officielle de la maladie maternelle. Ceci permit aux enfants de prendre en considération le syndrome persécutif de leur mère, d'en discuter avec elle, sans pour autant prendre parti dans l'affaire. Une fille se mit à écrire des poèmes pleins de compassion et de tendresse, une autre dessina la famille réunie et heureuse. Tout ceci contribua à l'amélioration de la malade.

2 - "Effondrement et rassemblement"

On peut observer :

a - la dynamique du changement.

La réaction familiale à l'effondrement du malade est fonction des changements amenés par la maladie et par la rupture d'avec l'expérience antérieure que la famille avait du malade. L'auteur cite ici l'exemple d'un enfant qui se réveille un matin et découvre que sa mère parle "charabia" : "tout va sans-dessus-dessous et nous avec. Quand maman devient folle, je deviens fou aussi.

C'est pire si j'essaie de rester le même, alors elle hurle après moi".
L'enfant peut éprouver indulgence et compréhension dans la mesure où il s'efforce de maintenir l'image favorable du parent malade qu'il avait auparavant.

b - La dynamique de la contagion.

Dans certains cas, existe une relation mère-enfant de type symbiotique. L'enfant existe entièrement dans "l'orbite maternelle" avec un quasi-libre passage des pensées et sentiments entre les deux membres de cette "paire encapsulée".
Dans ces cas, les idées délirantes de la mère étaient en rapport avec la sécurité des enfants (souvent d'un seul), ce qui entraînait chez elle une superprotection, comme si elle était elle-même en danger. Les enfants participent à ce genre de situation, restent indifférenciés psychologiquement, soumis, dépendants, et profondément concernés par leur parent et sa maladie.
Anthony prend pour exemple le cas d'un délire à deux entre une petite fille et sa mère schizophrène : il s'agissait d'une fantasmagorie non délirante chez une petite fille de 5 ans concernant des épouventails, dont elle avait peur. Sa mère renchérit en prêtant à ces épouvantails un dessein meurtrier. Cette situation aboutit à un délire à deux sur le "peuple des épouvantails", et mère et fille se barricadèrent dans leur cave, toutes deux persuadées que l'autre risquait de se faire tuer. La mère fut hospitalisée, l'enfant fut placée et son délire disparut progressivement.
L'auteur, dans un autre article sur "la folie à deux" dit :
"le test de la réalité par le Moi s'oppose au besoin de relations objectales, la mère faisant fréquemment de l'acceptation de son délire une preuve de loyauté et d'amour" (*).
Il existe bon nombre de spéculations sur une supposée contagion mentale. Cela dit, l'assimilation d'une idée délirante est en rapport avec un type inhabituel de réciprocité entre deux individus qui se détournent de l'épreuve de la réalité pour les gratifications de l'expérience mutuelle.
L'auteur rappelle ici la conception de Piaget (*) selon laquelle la construction de la réalité chez l'enfant se fait en trois stades successifs :

- une première phase autistique avec confusion du Moi et du non-Moi,

- une deuxième phase animiste, capitale pour le développement du sens de la réalité, dans laquelle règne l'égocentrisme amenant une perspective subjectiviste,
- une troisième phase de développement logique et social où l'enfant se voit en tant qu'objet, parmi d'autres objets.

Au cours de la deuxième phase, l'enfant fait preuve d'une pensée intuitive et magique (c'est la conception primitive de l'univers). Quand un tel système de phénoménologie magique entre en contact avec le système psychotique, du même ordre, de la mère, les deux systèmes vont se renforcer réciproquement. D'ailleurs Piaget dit : "dans leur façon de penser, de percevoir et de raisonner, les délires psychotiques rappellent certains des traits essentiels de la pensée de l'enfant".

c - La dynamique de la constriction.

Le choc inattendu provoqué par l'éclosion de la folie d'un parent peut entraîner une limitation de la famille dans le sens d'une rigidité, d'une baisse de la spontanéité, du refus de prendre des risques, comme s'il fallait "marcher sur des oeufs".

d - La dynamique de la confusion

Dans certaines familles, le parent psychotique, malgré de gros troubles mentaux, reste relativement adapté sur le plan social.
Ainsi certains psychotiques sèment le désordre et la confusion dans leur famille.
Des enquêtes ont révélé, à l'aide de tests, que les désordres de la pensée sont bien supérieurs dans les familles de schizophrènes, et présents chez leurs enfants. On a l'impression que les différents membres de la famille se parlent par malentendus, mais se comprennent très bien, malgré cela.

3 - "Effondrement et désintégration"

Dans un premier temps on assiste à :

a - La dynamique de la détérioration.

Quand se présentent des rechutes, la désintégration de la famille va s'instaurer : des dissociations apparaissent ; les membres de la famille n'ayant plus, les uns pour les autres, de contacts significatifs, se séparent.

Ainsi la vie familiale se détériore, elle s'est "consumée. Le désordre et la saleté règnent ; les échanges affectifs s'appauvrissent ; les enfants ne font plus rien à l'école, restent apathiques ou au contraire ont des conduites irréalistes voire délinquantes.

Dans un deuxième temps, si la famille avait auparavant quelque consistance, ce processus de détérioration peut être stoppé et s'instaure :

b - La dynamique de la régénération.

Des mesures de sauvetage sont entreprises visant à maintenir le trouble localisé, le malade étant mis à l'écart et maintenu caché pour l'extérieur.

Ultérieurement il sera "préparé" pour sa reprise de contact avec le monde extérieur. A ce moment, les membres de la famille commencent à se différencier et à fonctionner en tant que groupe.
Cliniquement, il est évident que le déclin des interractions du Groupe est associé à la désintégration, alors que leur renforcement constitue un signal de retour à la santé.

A la fin de son article, l'auteur parle de la tendance qu'ont ces familles à élaborer leur propre théorie sur leurs expériences, à des niveaux d'intellectualisation plus ou moins primitifs.

Cette théorisation a pour but implicite de rétablir un entourage cohérant pour la famille et d'établir des connexions significatives entre passé, présent et avenir.
Quand il y a un certain nombre d'explications relatives à l'intuition psychotique, la famille retrouve un certain équilibre. Par ailleurs c'est une manière de fournir à toute expression pathologique un cadre de référence souple permettant à la famille de vivre plus facilement avec le malade et l'environnement social.

Dans une perspective analogue Spiegel et Bell (*) ont fait une analyse des effets de l'évolution de la maladie mentale et de l'hospitalisation sur le cadre familial.

Au début peut exister une méconnaissance de la maladie, malgré l'insécurité qui règne à l'intérieur du cadre familial.

Mais, dès que le caractère pathologique est reconnu, va se créer une rupture dans le comportement et la compréhension vis-à-vis du malade et une réorganisation de la famille dans laquelle des rôles différents vont être attribués au malade tandis que s'établira une nouvelle structure de l'autorité et de nouvelles alliances.

Le fait de reconnaître la maladie d'un membre de la famille peut refouler les problèmes émotionnels des autres. En même temps cela peut entraver, voire rompre les relations extra-familiales.

Lorsque le malade est hospitalisé, la famille peut réorganiser sa vie et établir de nouvelles relations. Et quand le malade revient à la maison, il est obligé de retrouver une place à l'intérieur d'une organisation faite sans lui. Parfois un autre membre de la famille a pu prendre sa place, comme par exemple la fille aînée prenant la place de la mère malade ; la mère se sent dépossédée de son rôle, ce qui suscite de nouveaux modes de relations avec ses enfants.

Le livre de M. RUTTER, Children of sick parent (les enfants de parents malades) n'est pas uniquement consacré à l'étude des enfants dont les parents sont psychotiques. Le risque psychiatrique est étudié pour les enfants dont les parents sont malades chroniquement.

L'auteur estime qu'en ce qui concerne les troubles mentaux des parents, ceux-ci ont un impact grave lorsqu'ils incluent l'enfant dans la maladie, par exemple, les idées délirantes. Il n'exclut pas, cependant, que la présence d'un parent sérieusement malade peut avoir une conséquence maturante sur le développement. C'est en particulier le cas pour la psychose, alors que les parents névrosés ou atteints de maladie chronique sont infiniment plus perturbants.

RUTTER remarque ici que l'évitement de l'hospitalisation du parent malade peut être lourd de conséquences pour les enfants. Dans le cas de soins ambulatoires, il conviendrait que les services psychiatriques de la communauté s'occupent de toute la famille, et en particulier des enfants.

D'une manière générale, l'auteur pense que les conséquences des troubles psychotiques des parents peuvent être génétiques et relationnelles, mais que les

difficultés d'ordre socio-économiques dues à la maladie jouent un rôle essentiel dans les troubles de l'enfant, en particulier du fait de la réduction du niveau de vie qu'ils entraînent.

Ce livre se termine donc par un plaidoyer en faveur de la psychiatrie familiale, il faut en effet savoir que, non seulement, les troubles de l'enfant reflètent les troubles mentaux des parents, mais il ne faut pas oublier, non plus, que n'importe quel examen d'enfant devrait faire rechercher la maladie des parents.

oOo

C - Après avoir cité quelques travaux parmi les innombrables de ceux qu'on range habituellement sous le signe de la "Psychiatrie Familiale", j'aborderai maintenant les quelques rares travaux que j'ai trouvés, consacrés au vécu de l'enfant ayant un ou des parents psychotiques.

Sans doute, peut-on se référer à de nombreux travaux, généralement psychanalytiques, traitant de la "relation d'objet psychotique" telle qu'elle s'est constituée entre un psychotique enfant ou adulte et ses images parentales.

Pour en dire quelques mots, la relation d'objet psychotique est caractérisée par le fait que les conflits inconscients sont exprimés à l'état cru sans organisation de défenses adéquates.

Comme S. FREUD le disait : "si le névrotique aménage son Moi pour se protéger contre une réalité mentale qu'il ne supporte pas, le psychotique est incapable de construire des défenses et doit altérer la réalité pour sauver son Moi malade".

De ce fait, les identifications précoces sont très perturbées, altérées par les troubles profonds du narcissisme et vécues sur le mode de l'identification projective décrite par Mélanie Klein.

J. Lacan a donné à ces faits une marque personnelle : selon lui l'enfant est confronté à une mère dont il ne peut combler le manque, du fait de la "forclusion du père". En d'autres termes, le père n'a qu'une fonction biologique ; le psychotique n'a pas accès à la symbolique paternelle, ou "nom du père".

Tout d'abord, il est bien évident que la psychose parentale est source de carence pour l'enfant ; elle peut être à l'origine d'une séparation précoce entre la mère et son enfant, ou bien, elle peut être la source d'expériences insatisfaisantes, soit sur le plan affectif, soit sur le plan éducatif ou sensoriel, tant la mère est préoccupée par ses propres troubles. En d'autres termes, la maladie mentale de la mère entraîne séparation et "déprivation".

J. Bowlby, en particulier, s'est illustré dans cette étude, tout d'abord celle de la séparation, ultérieurement celle de la mise en cause des liens d'attachement, (J. Bowlby, P.C. Racamier, M. Soulé).

J'ai été tout à fait passionnée par l'article de Winnicott qui traite de "l'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant" (*). Cet article a été pour moi une des références fondamentales tant sur le plan théorique que pratique.

Winnicott introduit son article en parlant d'un poème écrit par une fillette de 11 ans. De ce poème se dégage un sentiment de vie parfaite au sein d'une famille heureuse qui serait constituée d'enfants d'âges divers. Cette famille "vibre d'une vie prometteuse". A la fin de ce poème, la nuit tombe et l'atmosphère est celle d'un monde extérieur menaçant. A l'intérieur tout est calme, c'est la sécurité.

On a l'impression en lisant ce poème qu'il exprime directement la vie de l'enfant qui l'a écrit.

L'auteur expose alors l'histoire de l'auteur de ce poème, qu'il nomme Esther. Cette enfant est le fruit d'une liaison entre sa mère schizophrène et un "bohème". Elle a été élevée, dès sa naissance à 5 mois, par sa mère naturelle, seule. Cette dernière l'a nourrie au sein et l'adorait. Mais quand sa fille a 5 mois, la mère devient bizarre et, un soir, elle décide d'abandonner son enfant dans un terrain vague en s'assurant que le bébé sera recueilli par un témoin. A la suite de cela, la mère est internée et la fille placée dans une crèche jusqu'à l'âge de 30 mois. Aucun renseignement précis ne peut être fourni sur cette période, si ce n'est qu'Esther était considérée comme une enfant "difficile". A l'âge de 30 mois, Esther est placée dans sa famille nourricière actuelle, qui adoptera par la suite deux autres enfants (alors qu'Esther ne sera jamais adoptée).

A l'âge de trois ans, alors qu'un petit garçon de 6 mois est introduit dans le foyer nourricier, Esther présente des troubles de type régressif, qui s'atténuent lorsque sa mère nourricière montre de la tolérance, la traitant elle aussi comme le bébé. Esther a noué une bonne relation avec son père nourricier, et qui persistera. Celui-ci semble être devenu la bonne mère d'Esther, or il est à noter qu'il va délirer à moment donné, sa femme devenant dans son système délirant une sorcière. Malgré la tension permanente entre ses parents nourriciers, la maladie du père, puis la séparation, Esther a pu se développer sans problèmes majeurs, si ce n'est quelques difficultés scolaires, et l'apparition de vols sur un mode compulsif qui l'ont amené à consulter le Dr. Winnicott.

Les commentaires de l'auteur à propos de cette observation sont les suivants :

on peut imaginer qu'Esther a reçu de sa mère naturelle tout ce dont elle avait besoin ; dans l'expérience de l'unité de l'enfant et des soins maternels, la mère a été, comme il convenait, "presque parfaite" ; elle a assuré un soutien du Moi, un "holding", tout à fait convenable. On peut supposer que la mère s'est complètement identifiée à son bébé dans le cadre d'une fusion indispensable. Mais sa psychose a été responsable du fait qu'elle ne pouvait supporter la mise en cause de ce lien primaire et ne pouvait tolérer l'inquiétude des mères qui voient poindre le début des expériences où leur enfant commence à acquérir une certaine autonomie : "elle pouvait bien jeter son bébé, mais pas s'en détacher". En d'autres termes, sa psychose ne lui permettait pas de supporter l'agression qui marque la position dépressive de l'enfant, celle où il apprend que, même satisfait et repu, il se sent excité contre sa mère et plein de colère contre elle.

En fait, cette mère a sauvé son enfant contre le danger qu'elle lui faisait courir et s'est arrangée pour qu'il fût recueilli. Malheureusement Esther a été placée entre 5 et 30 mois, après avoir perdu sa mère restée "idéale" à l'intérieur d'elle-même, avant que n'ait pu s'installer son ambivalence, qui est la conséquence de la position dépressive, avant d'avoir pu "mordre", "déchirer", l'avoir "creusée", l'avoir "rejetée". On ne sait pas ce qui s'est passé pendant cette période intermédiaire, mais on nous dit qu'elle a été "difficile".

L'auteur interprête cette période comme un état de confusion : Esther ne se soumettait pas entièrement aux soins nourriciers, elle a refusé de sacrifier son "self", c'est-à-dire son sentiment de continuité d'existence. Son mauvais caractère était signe qu'elle avait sauvegardé en elle une partie des bonnes expériences vécues avec sa mère naturelle.
Ainsi comprend-on ce qui a pu se passer dans le foyer nourricier : peu à peu, Esther a donné une signification à sa relation avec sa mère nourricière et l'a utilisée pour réaliser avec elle les expériences qui lui avaient manqué ; elle a pu la mordre, la déchirer .....

On peut sans doute regretter que cette mère nourricière n'ait pas mieux été préparée à assumer ce rôle difficile, à cause de l'absence des liens fondamentaux et primaires. Elle n'a pas eu les mêmes difficultés avec les deux autres enfants adoptés ultérieurement ;
dans ces conditions le père adoptif a voulu représenter pour Esther la bonne mère, tandis que sa femme tenait lieu de persécuteur. On peut d'ailleurs se demander en quoi l'attitude d'Esther a pu jouer un rôle dans le déclenchement du délire paranoïde du père. Mais toujours est-il que la mère adoptive empêchait Esther de rencontrer son mari ; ce qui n'a pu qu'aggraver les difficultés observées.

Winnicott a rejeté le diagnostic de psychose chez Esther, qu'il a examiné à l'occasion de vols compulsifs. C'était une fille bien douée. Dans le poème cité plus haut, elle montre cependant que son monde intérieur ne comble pas le malheur vécu par la séparation d'avec sa mère, qui s'exprime tragiquement dans la métaphore de la nuit qui tombe amenant avec elle les chaos du monde extérieur et l'angoisse.

Sans doute,beaucoup penseraient-ils au poids de l'hérédité (la mère nourricière savait que la mère d'Esther était internée), mais l'auteur souligne qu'Esther a perdu brusquement une mère idéale, qu'elle a vécu une période de confusion au lieu d'avoir pu organiser ses "premières possessions" au cours d'une phase dépressive, et qu'elle n'a pas été "réparée" en dépit de l'accueil reçu dans son foyer nourricier.

A partir de l'exposé du cas de la petite Esther, Winnicott fait part de son expérience et de ses réflexions sur les enfants psychotiques.

Tout d'abord, Winnicott part du principe que "la psychose parentale ne produit pas la psychose infantile". Il estime qu'il n'existe pas de "transmission directe" de la psychose. Les malades ne sont que des individus "blessés" dans la lutte qu'ils engagent pour leur développement, leur adaptation, enfin pour la vie ; ces gens-là n'ont pas eu, comme d'autres, la même chance de succès dans le combat qu'ils engagent. Il souligne en même temps que "la maladie de l'enfant appartient à l'enfant" même si on doit tenir compte des carences de l'environnement.

Il introduit également quelques nuances. Les effets de la psychose parentale ne sont pas identiques s'il s'agit de la mère ou du père. Certains effets ne se rattachent qu'à la relation mère-enfant. Quand c'est le père qui est malade, les effets sont plus tardifs, car il faut que l'enfant ait pu reconnaître son père en tant qu'homme.

Winnicott, prenant appui sur quelques observations, introduit également quelques nuances entre les effets de certaines psychoses de type schizophrénique ou maniaco-dépressif. Il expose le cas d'une mère schizophrène et de sa fille qu'il a été amené à voir à l'âge de 13 ans, alors que cette dernière ne pouvait plus aller à l'école, ayant l'impression qu'une partie de la route allant de sa maison à l'école était devenue irréelle, absente.

L'apparition de ce symptôme était liée à la relation particulière existant entre la mère et la fille. Si la fille pouvait aimer sa mère, en tant qu'être humain distinct d'elle-même, elle ne pouvait supporter ce besoin qu'avait sa mère de la ramener à elle, d'établir une relation fusionnelle et basée sur l'identification primitive.

Il montre, à propos de cette observation, la tentation qu'on a devant un pareil cas, de séparer cette enfant de sa mère, ce qui suffirait à la guérir : mais on perçoit bien que la mère ne le supporterait pas et que son état pourrait alors s'aggraver.

Par contre il est des cas où une séparation s'impose ; Winnicott cite l'observation d'une fillette de 8 ans souffrant d'une anorexie grave, laquelle se révèlait être une défense contre le besoin maladif qu'avait sa mère de se prouver son importance dans sa lutte anti-dépressive, en gavant ses enfants de nourriture.

L'auteur cite encore le cas d'une famille perturbée très gravement par une mère "chaotique". Cette situation avait entraîné d'énormes ravages, notamment chez une fille que Winnicott a eue en analyse.

En ce qui concerne les enfants de sujets dépressifs la situation est autre.

Lorsqu'un enfant a besoin que sa mère soit préoccupée par les soins infantiles, il est très perturbant pour lui que celle-ci soit brusquement préoccupée par quelque chose d'autre, appartenant à sa vie à elle. Un petit enfant se sent, dans ces conditions, abandonné.

Il est à noter que les dépressions chroniques se démarquent nettement par rapport aux dépressions aiguës, caractérisées par un retrait brutal de la relation de la part du parent déprimé.

Là encore Winnicott rend compte d'une observation ; il s'agit d'un petit garçon de 7 ans qui lui fut amené pour une obsession de la ficelle, et sur le point de devenir pervers et dangereux, ayant déjà joué à étrangler sa soeur. Cette obsession cessa lorsque la mère, sur les conseils du Dr. Winnicott, parla avec son fils du sentiment qu'il avait de la perdre. En effet, cet enfant avait subi plusieurs séparations précoces d'avec sa mère, dont l'une, la plus dure, celle qui était chargée de sens, avait été provoquée par une dépression de type mélancolique chez la mère quand il avait 2 ans.

Ainsi la ficelle était-elle devenue un moyen de communiquer symboliquement avec sa mère, en dépit de repli de celle-ci, lors de ses périodes dépressives ; "la ficelle est la dernière ressource, ce qui joint les choses qui paraissent séparées". Ultérieurement cela devint un déni de la séparation et une perversion.

On trouve souvent dans les oscillations de l'humeur de parents maniaco-dépressifs, l'origine des troubles des enfants. Ceux-ci apprennent facilement à jauger l'humeur de leurs parents.

Ce qui est important, c'est la capacité des enfants à faire face à ces sautes d'humeur des parents, en les observant bien, et c'est l'impossibilité de les prévoir, du fait de leur brusquerie, qui peut être traumatique.

Loin d'être seulement préoccupés par leur maladie, les parents psychotiques peuvent percevoir le péril que leurs enfants courent et demander

de l'aide pour eux. En effet, les parents malades sont à même de mieux comprendre les troubles de leurs enfants et de contribuer, au moins en partie, à leur traitement.

L'article de P. Bourdier sur "l'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux" (*) m'a également beaucoup guidée dans mon travail. L'auteur se base essentiellement, dans cet article, sur son expérience en psychiatrie infantile, en soulignant l'importance, dans cette discipline, d'un abord à la fois des enfants et de leurs parents.

Schématiquement on peut distinguer 3 rubriques :

- les enfants, symptômes de la névrose familiale, représentent le cas le plus fréquent, méritant un abord psychothérapique enfants-parents,
- les enfants de "Border-Line" qui présentent des perturbations profondes et souvent criantes,
- et les enfants de parents psychotiques avérés qui frappent l'observateur par leur normalité apparente.

A l'aide d'un exemple concret, l'auteur souligne l'importance de la reconnaissance par l'enfant de la maladie parentale et le rôle d'éventuelles suppléances (placements etc...).

Bourdier a élaboré ce travail à partir de l'observation d'un lot homogène d'enfants de malades mentaux caractérisés (schizophrènes, maniaco-dépressifs, délirants chroniques, paranoïaques).

D'emblée, il a été frappé par l'apparence normale de ces enfants, aucune contamination psychotique n'ayant été décelée cliniquement. Au contraire, ces enfants lui ont donné une impression d'équilibre et de maturité.

Le caractère officiel de la maladie mentale des parents est essentiel, car il offre à l'enfant une possibilité de se dégager de la relation psychotique fusionnelle. L'auteur dit : "l'essentiel pour l'évolution de l'enfant, c'est avant tout la possibilité que lui offre ou lui refuse la structure familiale de prendre de la distance par rapport aux troubles du parent malade, et de s'identifier à des images substitutives ; (personnes, fonctions, rôles, situations) ; et il est probable que les parents psychotiques le permettent mieux que beaucoup d'autres".

Et là l'auteur met en opposition le cas d'enfants de parents névrosés graves, dont la fonction est de colmater inlassablement les angoisses primitives de leurs parents.

Quant à l'"hypermaturation" de ces enfants, c'est une manière d'être globale qui pourrait s'intituler aussi : précocité, autonomie, suradoptation, hyper-contrôle, tous ces termes évoquant des mécanismes d'identification massifs.

On peut observer, dans la plupart des cas, le contrôle des affects, un appétit ludique modéré, l'absence de troubles névrotiques de l'enfance, une bonne adaptation scolaire, le sérieux, la capacité à être seul et à percevoir l'entourage et les moindres modifications de la situation.
Mais, se demande l'auteur, face à ces conduites hyper-matures ou pseudo-hyper-matures, on peut se demander si elles sont "révélatrices d'un renforcement authentique du Moi et de mécanismes d'intégration, ou de formations réactionnelles et de clivage du Moi, de self ou de faux-self, d'identification ou d'imitation, d'un caractère normal ou pathologique". De cette étude se sont dégagés schématiquement deux groupes d'enfants :

- un premier groupe caractérisé par une brillante réussite scolaire, un hyper-investissement intellectuel et du langage, mais avec des effondrements soudains.

- Un deuxième groupe où dominait un hyper-investissement des mécanismes de contrôle, formé d'enfants calmes, avec des affects limités et une scolarité plus modeste.

Ces deux groupes se sont retrouvés également dans les résultats des tests psychologiques :

- le groupe à hyper-investissement intellectuel a donné de meilleurs résultats aux épreuves d'intelligence, mais une fragilité certaine aux épreuves projectives, avec prédominance de réponses régressives.

- Alors que le groupe apparemment le plus perturbé, donnait un profil plus harmonieux aux tests projectifs, avec des possibilités d'adaptation plus variées face à des situations angoissantes.

Néanmoins, il a été noté deux traits spécifiques : une fantasmatisation originale et une capacité de contrôle dont le but est de limiter les échecs et les affects dans la relation duelle.

Ces notions générales étant mises en place, l'auteur aborde l'étude des variations cliniques.

- Selon que le père, la mère, voire les deux parents sont psychotiques : le "gommage" du père peut entraîner des troubles de l'ordre de l'obtusion intellectuelle, alors que si c'est la mère qui est absente ou ignorée, ce sont des troubles appartenant au registre de la dépression. Quoi qu'il en soit, le dénominateur commun est fonction de l'identification apparemment réussie : l'enfant se référant au parent tel qu'il aurait dû être ; dans le meilleur des cas, il se réfèrera au suppléant tel qu'il est "faisant, par ce déplacement oedipien, l'économie de l'ambivalence".

- Selon les types de suppléance :

même dans le cas le pire, d'une suppléance anonyme, la défection du parent psychotique ne sera pas vécue comme une carence, laissant intacte l'image du "parent idéal".

Le plus souvent, la suppléance est assurée par un membre de la famille, conjoint, grands parents : c'est la "grand-mère patriarcale" ou le père "papa-maman" réparateur des carences maternelles.

- Selon l'âge de l'enfant lors de la survenue de la psychose parentale.

Il est une période particulièrement critique : entre 6 mois et 2 ans, l'enfant est très sensible aux séparations et aux changements.
Finalement, l'hypermaturation des enfants relève non seulement des problèmes de suppléance, mais renvoie aussi à un certain écart entre la gravité de la psychose parentale et l'atteinte de la fonction parentale, notamment maternelle.

Et l'auteur aborde à ce moment d'une façon approfondie la "fonction maternelle" en se référant aux conceptions de Winnicott (*) et à ce qu'il appelle "la maladie normale de la mère".

Dans l'unité de l'enfant et des moins maternels, la mère tenant et retenant son enfant ("Holding") lui donne des soins maternels presque parfaits ; parce qu'elle est "folle", elle peut s'occuper de son enfant sans se soucier de son entourage, de son mari. Elle est une mère presque parfaite et il n'y a aucune raison pour que la mère psychotique ne soit pas capable de tenir ce rôle.

- Naturellement la mère psychotique est capable d'avoir cette "préoccupation maternelle primaire". Il n'est qu'à observer l'adoration, la dévotion de mères schizophrènes envers leur bébé.

Tant que la dépendance de l'objet laisse la psychose maternelle coïncider avec la "maladie normale de la mère", tout se passe à peu près bien.
Cependant l'enfant peut être rejeté ou sevré trop tôt, avant l'acquisition de la position dépressive, essentielle à son développement, et condamné à l'hyper-adoptation (faux-self) ou à la mort.

- Quoi qu'il en soit, après avoir connu "la mère idéale", l'enfant de psychotique est abandonné et mourrait en l'absence de substituts.
D'ailleurs, la signification profonde de la psychose parentale n'est-elle pas, peut-être, de rendre à quelqu'un, qui ne l'a pas rempli en son temps, un rôle maternel, c'est-à-dire de donner une dernière chance à la grand-mère ?
Ce substitut assure les soins de l'enfant favorisant l'évolution de son "self", mais assurant aussi les soins du parent malade, et le désignant comme quelqu'un dont il faut s'occuper, il favorise ainsi une identification massive de l'enfant à la fonction soignante et l'élaboration d'un "faux-self".
Ainsi cette famille, dont Bourdier nous fournit l'exemple, dans laquelle le père dépressif et persécuté avait changé sa place avec sa fille, qui formait alors un couple avec sa mère. Quand le "père-enfant" a quitté le foyer, la fille avait le choix entre un rapprochement homosexuel avec une mère terrifiante ou l'identification avec un père délirant, et elle fit une bouffée délirante.

Bourdier, à la fin de cet article, si intéressant, tente de reprendre sur le plan théorique, les répercussions des troubles mentaux des parents sur le développement de leur enfant.

- La mère psychotique exerce au plus haut point, dit-il, cette "préoccupation maternelle primaire" : "si elle ne met pas l'enfant à l'abri de toutes les angoisses primitives et ne réussit pas à éviter toute fixation schizo-prarnoïde, il est probable qu'elle donne au moins un acquis narcissique inestimable, en étant, de quelque manière, bonne à cent pour cent dans le temps de l'illusion".
Cette mère quasi-idéale est capable de cette "surestimation narcissique de l'objet" indispensable à l'établissement de son sentiment d'omnipotence.

Même le brusque abandon, souvent au profit d'un substitut (c.f. cas de Winnicott), témoigne de cette surestimation de l'objet, tout puissant, ainsi que de l'effort désespéré de récupérer sa propre mère en lui donnant sa dernière chance d'exercer sa fonction maternelle.

Mais, au lieu d'être progressivement frustrante et de permettre à son enfant de faire progressivement le deuil de son omnipotence, la mère psychotique change brusquement d'attitude quand son enfant donne des signes d'indépendance et qu'il ne la satisfait plus. Elle peut devenir alors brutalement rejetante. Dans le meilleur des cas, elle laissera la place à une identification massive à un substitut ou une structure de soins, à une fonction soignante, (à l'origine de vocations soignantes ultérieures), l'enfant pouvant devenir tôt le "garde-malade".

Cette rupture mère-enfant est si massive et brutale que seul un hyper-investissement proportionnel la rendra tolérable. La "maîtrise de l'affect intolérable" est au centre de toutes ces questions de frustrations précoces. Pour ne plus souffrir, on devient indifférent. L'irremplaçable relation narcissique peut se retrouver chez les collatéraux (familles unies).

Selon la défaillance du parent malade, la vie affective pourra emprunter toutes les tonalités "du spectre de la vie sentimentale", de l'angoisse intolérable à l'indifférence. Et, selon Ferenczi, l'enfant ne supportant pas la solitude, ne pourra dans certains cas que se soumettre à la volonté de l'agresseur et s'identifier à lui. Ce qui plus tard peut entraîner, selon lui, inhibition sexuelle, perversions, graves distorsions de la personnalité ou, au contraire, des facultés nouvelles, dans le cadre d'une "progression" traumatique ou d'une pré-maturation.

Pour conclure, Bourdier affirme que, selon lui, il y a une "spécificité de la maladie mentale" : qu'il s'agisse de délire, confusion, projection, affect euphorique ou triste, l'enfant ne peut que les vivre dans le cadre dramatique de la scène primitive, en attribuant la responsabilité au conjoint ou à lui-même. La folie des parents prend pour l'enfant une signification érotique et sado-masochique.

"L'enfant de psychotique va alors pouvoir suivre un chemin le menant à la perception dramatique ou déchaînement pulsionnel du ou des progéniteurs, sur une scène

où il se sent mal aimé, à la perception de leurs troubles, véritable diagnostic de la maladie parentale, qui le fait accéder à la neutralité de l'esprit scientifique...".

L'enfant, pour s'en sortir, dit Bourdier, "devra dans tous les cas, ne serait-ce qu'un moment, être psychiatre".
Le plus souvent il se détournera de son objet et de sa vocation initiale, tout en gardant ses qualités diagnostiques, non sans clivage.

Par contre, les enfants de parents moins spectaculairement perturbés, deviennent, eux, malades de n'avoir pu se dégager du trouble de leurs parents.

oOo

C H A P I T R E II

ETUDE SYSTEMATIQUE D'UNE SERIE D'OBSERVATIONS

Pour ce travail, j'ai eu la possibilité d'utiliser le fichier de l'association de santé mentale du XIIIe arrondissement. En effet, lorsqu'une famille vient consulter au département de psychiatrie infantile, il est possible de savoir si les parents ont été vus ou suivis au département des adultes. Inversement, c'est parfois le département de psychiatrie d'adultes qui signale une famille au département des enfants (toutes ces informations sont reportées sur des fiches statistiques).

J'ai recueilli toutes les observations entrant dans ce cadre et dont le diagnostic porté pour l'un des parents (ou les deux) était celui de psychose.

J'ai dû éliminer bon nombre de ces cas n'ayant pas assez d'éléments pour étayer le diagnostic de la psychose parentale. Finalement j'ai retenu 54 observations de parents psychotiques dont 72 enfants, en tout, ont été examinés ou suivis.

TABLEAU N° 1

Diagnostics portés chez les parents - 54 observations.

T A B L E A U N° 1

DIAGNOSTIC PORTE CHEZ LES PARENTS	NOMBRE D'OBSERVATIONS
1 - Schizophrénie	10
2 - Psychose maniaco-dépressive	9
3 - Délires chroniques systématisés (paranoïa, délires passionnels)	13
4 - Psychose hallucinatoire chronique	4
5 - Structures psychotiques y compris les états-limites (Border-Line)	12
6 - Déséquilibre et psychopathie (Note*)	6
TOTAL	54

On peut noter d'emblée la relative pauvreté d'observations de schizophrènes par rapport à l'ensemble des autres psychoses, et pourtant on connaît bien leur importance dans les cohortes suivies en psychiatrie ; on peut penser que s'ils sont jeunes ils ont moins de chance d'accéder à une vie sociale et génitale, donc d'avoir des enfants.

Par contre le nombre de parents paranoïaques est proportionnellement beaucoup plus élevé, ce qui est facile à comprendre quand on sait combien ces malades sont invivables pour leur entourage et en particulier pour leurs enfants.

De même les parents psychopathes suscitent chez leurs enfants des troubles sérieux. Mais j'ai volontairement laissé de côté cette catégorie nosographique, car celle-ci ne se range pas directement dans le cadre des psychoses.
Néanmoins il m'a paru intéressant d'en retenir quelques observations à titre de comparaison.

---

* NOTE : j'ai retenu quelques observations de psychopathie à titre comparatif.

ENFANTS DE PARENTS SCHIZOPHRENES - 10 FAMILLES : 24 ENFANTS DONT 16 ONT ETE EXAMINES

DIAGNOSTIC DES PARENTS SCHIZOPHRENIE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES SUR CES ENFANTS	PRONOSTIC
1 - Mr. W... (+ Mme.: structure psychotique)	2 { - 1 F. (*) - 1 M. (*)	2	F. (aînée) : schizophrène M. : dyslexie schizoïde	défavorable défavorable risque de psychotisation
2 - Mme. M...	3 { - 2 M. - 1 F.	1	Troubles névrotiques	
3 - Mme. L...	4 { - 3 M. - 1 F.	1	Troubles névrotiques	organisation névrotique
4 - Mlle. P... mère célibataire	1 M.	1	Psychotique	défavorable
5 - Mr. B...	3 M.	2	aîné : troubles névrotiques cadet : psychotique	organisation névrotique organisation psychotique
6 - Mr. D...	1 F.	1	variations de la normale	favorable
7 - Mme. S... (+ père "bizarre")	2 F.	1	surdité, caractéropathie	organisation névrotique
8 - Mr. Sc...	2 { - 1 M. - 1 F.	1	troubles névrotiques graves	organisation névrotique
9 - Mr. N...	4 { - 2 M. - 2 F.	4	variations de la normale pour les 4	favorable, indéterminé
10 - Mme. MAS...	2 { - 1 F. - 1 M.	2	F. : troubles névrotiques graves, relation symbiotique, à une mère schizophrène. M. : troubles spécifiques du développement	indéterminé indéterminé
10 Familles	24	16		

(*) Les abréviations "F." et "M." signifient féminin (fille) - masculin (garçon).

Ce tableau nous montre que ces 10 familles ont 24 enfants, dont 16 ont été examinés.
On note la présence d'une mère célibataire dont l'enfant a été conçu à l'hôpital psychiatrique.
L'échantillon des enfants examinés n'est certainement pas homogène : dans certains cas, l'entourage a fait pression pour que l'enfant soit examiné dans un but préventif ; dans certains cas, à cause de la schizophrénie parentale, tous les enfants d'une même fratrie sont examinés alors qu'un seul enfant présentait des troubles manifestes.

L'échantillon des diagnostics est très large, allant des variations de la normalité (5 cas) jusqu'à la psychose (3 cas). On relève aussi 2 cas de troubles spécifiques du développement, 4 cas de troubles névrotiques et 1 cas de surdité avec caractéropathie.

Quant au pronostic, on constate que les examinateurs ont été largement influencés par l'existence du parent schizophrène. D'ailleurs la pathologie des conjoints apparaît comme assez notable. En effet, ne faut-il pas avoir une personnalité assez particulière pour établir des liens conjugaux avec un schizophrène ?
Quelles que soient les réserves à formuler sur cette enquête, il n'en est pas moins vrai qu'on note l'existence de 3 enfants psychotiques. Quant à l'avenir des autres enfants, il est loin d'être déterminé.

Tableau n° III - Enfants de parents maniaco-dépressifs.

Dans cet échantillon il y a 22 enfants pour 9 familles. Cela n'est pas étonnant, car la psychose maniaco-dépressive survient souvent assez tardivement dans l'histoire familiale. Il n'y a que 14 enfants examinés, et bien souvent sans qu'il y ait eu d'examen systématique des enfants de toute la fratrie. L'étude des observations montre que bon nombre des enfants ont été examinés au décours d'une crise du parent malade.
Les enfants présentant des troubles sont ceux qui sont nés après l'entrée dans la maladie du parent, (à l'exception d'un cas) tandis que les aînés n'ont pas été examinés et peuvent être considérés de ce fait comme indemnes.

Sur les 9 parents malades, il s'agit de 8 femmes. La pathologie retrouvée chez les enfants montre l'importance de la carence affective dont ils souffrent à l'occasion des crises.
Le désinvestissement de son enfant de la part de la mère malade pourrait être à l'origine des troubles du développement et du langage, et éventuellement même de l'oligophrénie.

TABLEAU N° III

ENFANTS DE PARENTS MANIACO-DEPRESSIFS - 9 FAMILLES : 22 ENFANTS DONT 14 ONT ETE EXAMINES

PARENTS MANIACO-DEPRESSIFS	Nombre total D'enfants	Nombre d'enfants vus	DIAGNOSTICS PORTES CHEZ CES ENFANTS	PRONOSTIC
11 - Mr. V... (mère dépressive)	1 F.	1	Troubles réactionnels	normalisation
12 - Mme. Ch... (enfants de 2 mariages)	4 { - 3 F. - 1 M.	1 F.	Débilité (ou pseudo) liée à une carence affective	indéterminé
13 - Mme. Jim...	1 F.	1	Troubles névrotiques graves	organisation névrotique
14 - Mme. Me... (troubles involutifs)	3 { - 2 F. - 1 M.	3	- M. schizophrène - F. névrose de caractère - F. déséquilibre psychopatique	défavorable défavorable défavorable
15 - Mme. V...	3	2 (derniers)	- M. troubles névrotiques - F. troubles névrotiques	organisation névrotique organisation névrotique
16 - Mme. C...	4 { - 3 F. - 1 M.	3 F.	- variations de la normale - pseudo débilité liée à une grande carence affective - troubles spécifiques du développement	normalisation organisation névrotique organisation névrotique
17 - Mme. T... troubles apparus après accouchement du 2e enfant	2 { - 1 F. - 1 M.	1 M. (dernier)	troubles réactionnels	indéterminé
18 - Mme. B...	{ - 1 F. - 1 M.	1 F. (2e)	troubles spécifiques du développement	normalisation
19 - Mme. V...	2 M.	1 M. (aîné)	névrose de caractère	indéterminé
9 Fémilles	22	14		

Les autres diagnostics portés sur les enfants sont des troubles réactionnels et névrotiques témoignant aussi des difficultés de développement liés à la maladie maternelle.

La lecture de ces observations permet de relever que, dans bon nombre de cas, on envisage pour l'avenir la possibilité d'une évolution dépressive. Peut-être l'observateur a-t-il été là influencé par la psychose parentale, mais on a bien l'impression que l'ensemble de ces observations évoque un climat de privation affective et de retard du développement social, qui justifie cette position pronostique.

Tableau n° IV - Enfants de parents paranoïaques.

Les enfants de paranoïaques sont apparemment les plus nombreux à présenter des troubles patents ; en effet dans les observations recueillies, ces enfants ont été en général adressés par l'école pour des troubles évidents qui affectaient la sphère du comportement.

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, il ne s'agissait pas d'une démarche d'examens systématiques demandés par le département de psychiatrie générale. Il est même des cas où les parents ont été adressés, par l'équipe de psychiatrie infantile, à celle des adultes, afin d'être eux-mêmes pris en charge.

Dans seulement 4 de ces 13 familles, plusieurs enfants ont été examinés. Ailleurs, un seul enfant a attiré l'attention, comme s'il devait payer le tribut de la lourde pathologie familiale. En effet, dans tous les cas, un parent est un délirant paranoïaque, parfois même le conjoint présente lui aussi une pathologie de type psychotique.

La cohorte des enfants examinés présente une pathologie plutôt composite où la note réactionnelle est bien évidemment soulignée. Bien sûr, l'examen de chaque enfant décèle l'existence d'un signe d'appel, tels que les troubles dits instrumentaires, ou l'existence de troubles névrotiques ou pré-psychotiques. Mais dans bon nombre de cas, on parle de troubles réactionnels (8 cas).

Malgré toutes ces constatations, et quelle que soit la référence diagnostique initiale, le pronostic est le même pour l'ensemble de ces enfants, pour lesquels on craint l'évolution vers un déséquilibre psychopathique.

TABLEAU N° IV

ENFANTS DE DELIRANTS CHRONIQUES, TYPE PARANOIAQUE. 13 FAMILLES - 46 ENFANTS DONT 21 EXAMINES

PARENTS DELIRANTS CHRONIQUES SYSTEMATISES	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES SUR CES ENFANTS	PRONOSTIC
20 - Mr. B... (paranoïaque, interné)	2 (- 1 M. - 1 F.)	1 F. (2e)	Dysgraphie, variations de la normale	normalisation
21 - Mr. Bou... (paranoïaque)	3 (- 1 M. - 2 F.)	1 M. (aîné)	Débilité et troubles du comportement	?
22 - Mr. A... (paranoïaque) + Mme. A. (paranoïa sensitive) gros conflits conjugaux	2 (- 1 F. - 1 M.)	1 M. (2e)	troubles du caractère réactionnels à une situation familiale très pathogène	Psychopathie probable
23 - Mr. D...	3 (- 2 F. - 1 M.)	1 F. (2e)	troubles réactionnels sur fond névrotique ; milieu familial très perturbé par le père tyrannique et menaçant	organisation névrotique
24 - Mr. F...	4 (- 2 F. - 2 M.)	1 M. (4e)	comportement régressif dans une relation très étroite avec sa mère - difficultés d'identification à un père violent, dans un comportement phobique	incertain
25 - Mr. L...	2 F.	1 F. (2e)	troubles névrotiques graves	indéterminé
26 - Mr. P... (paranoïaque, identification à une grand-mère délirante)	1 M.	1 M.	état pré-psychotique, carence affective, précoce, massive et prolongée jouant un rôle étiologique principal	défavorable

PARENTS DELIRANTS CHRONIQUES SYSTEMATISES	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES SUR CES ENFANTS	PRONOSTIC
27 - Mme. AM... (paranoïaque, 2 mariages pour elle et son mari qui sont déchus de leurs droits sur leurs enfants sauf pour le dernier)	7 (- 5 M. - 2 F.)	2 M.	- troubles du comportement réactionnels - niveau mental médiocre placé en IMP.	indéterminé lié à l'environnement
28 - Mme. Be... (délire interprétatif)	3 M.	3	- aîné:dyslexie, troubles réactionnels - 2e:état névrotique identification à une mère délirante dont il est le "préféré" délire à 2 - 3e, troubles réactionnels	favorable Réservé, possibilité de constitution d'une névrose de caractère favorable
29 - Mr. Ma... (délire passionnel, jaloux)	8	1 M. (7e)	troubles du comportement réactionnels à une séparation de 2 ans d'avec sa famille pour une scoliose ;troubles instrumentaux	dominé par l'existence de troubles instrumentaux
30 - Mme. De...	3 (- 1 M. - 2 F.)	2	- F. aînée: psychopathie - M. : psychopathie fantaisies sado-masochistes dans la relation mère-fils père inexistant	Psychopathie Psychopathie
31 - Famille F. Mr. F. : jaloux, délirant Mme. F. : méningite lymphocytaire chronique + déséquilibrée	6 (- 5 M - 1 F.)	5 (derniers) aîné a été placé en IMP	(1) F.:débilité + comitialité à la suite d'une méningite grave à 8 ans (2) M.:troubles instrumentaux "le préféré de sa mère" (3) M.:état pré-psychotique identification au père (4) M.:troubles réactionnels asthme (5) M.:troubles réactionnels asthme	défavorable réservé dominé par risque de psychopathie indéterminé indéterminé

PARENTS DELIRANTS CHRONIQUES SYSTEMATISES	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES SUR CES ENFANTS	PRONOSTIC
32 - Mme. Le... (structure paranoïaque)	2 (- 1 M. - 1 F.)	1 F. (aîné)	état névrotique Oedipe inversé, risque de passage à l'homosexualité perverse, voire structure paranoïaque	réservé
13 Familles	46	21		

TABLEAU N° V

ENFANTS DE PARENTS AYANT UNE P.H.C. (PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE)
4 FAMILLES - 14 ENFANTS DONT 5 EXAMINES

PARENTS AYANT UNE P.H.C.	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES SUR CES ENFANTS	PRONOSTIC ENVISAGE
33 - Mme. Pe... (histoire incestueuse réalisée avec son père) dépressive	2 F. et M.	2	M.: troubles névrotiques graves + comitialité probable F.: névrose infantile grave avec troubles alimentaires et anxiété nocturne + inhibition intellectuelle ; malmenée par une mère dont elle est très proche.	Pronostic réservé Pronostic réservé
34 - Mme. G... (guadeloupéenne, famille transplantée, mal adaptée)	5 (- 2 F. - 3 M.)	1 M. (aîné)	retard scolaire, troubles réactionnels.	favorable
35 - Mme. C... (+ père : schizoïde)	3 (- 2 M. - 1 F.)	1 M. (dernier)	- structure psycho-somatique de Base (asthme + obésité) - troubles réactionnels sur fond névrotique (se réfugie dans originalité et bizarrerie pour échapper à la pression d'une mère délirante.	névrotisation avec une structure mobilisable
36 - Mme. Sc...	4 (- 3 M. - 1 F.)	1 M. (dernier)	troubles de comportement réactionnels sur un fond d'immaturité affective chez un enfant vivant dans un milieu très traumatisant mère délirante chronique	fonction de l'évolution de la famille
4 Familles	14	5		

Tableau n° V - Enfants de parents ayant une P.H.C.

Actuellement la psychose hallucinatoire chronique n'est plus une entité nosographique bien précise. Les malades classés sous cette rubrique pourraient entrer aussi bien dans le cadre de certaines schizophrénies ou des délires chroniques plus ou moins systématisés. Néanmoins j'ai conservé à part les observations portant ce diagnostic ; en effet, il s'agit de femmes d'âge mûr chez lesquelles la maladie est apparue tardivement, et il est intéressant de les démarquer par rapport aux schizophrènes dont la maladie apparaît bien plus précocement. De plus, l'apparition tardive des troubles n'empêche pas le développement de la famille : pour 4 familles retenues, il y a 14 enfants, dont 5 ont été examinés.

Pour l'une de ces observations, la maladie maternelle n'a été reconnue qu'à l'examen du dernier des 4 enfants, alors que les 3 aînés sont beaucoup plus âgés.

Dans un autre cas, la mère a été hospitalisée de très nombreuses fois, et c'est à cette occasion que son dernier enfant, beaucoup plus jeune que les trois aînés, a été examinés.

A propos des enfants examinés, on peut noter le polymorphisme des diagnostics portés à leur égard : dans aucun des cas n'est décelés la possibilité d'une évolution psychotique, mais dans 4 cas sur 5 les troubles initialement observés sont graves et le pronostic envisagé est réservé : 3 organisations névrotiques serrées ; 1 cas de structure psycho-somatique, et 1 cas de troubles réactionnels sur fond d'immaturité inquiétante.

Tableau n° VI - Enfants de parents ayant une structure psychotique.

Cette catégorie diagnostique regroupe des cas très peu homogène à schizoïdie, troubles du caractère grave avec impulsivité, bouffée délirante, psychose hystérique, et hypocondrie. De ce fait, la pathologie parentale, contrairement à ce qui se passe dans les cas de schizophrénie ou de délires, n'est reconnue, que tardivement, et ne donne lieu, souvent, à aucune prise en charge psychiatrique, en particulier pas d'hospitalisations. Ainsi, les enfants n'ont pas la possibilité de prendre conscience de la pathologie de leur parent, et de prendre la distance nécessaire pour s'en protéger.

On peut donc s'attendre à voir l'importance des troubles réactionnels.
Sur 40 enfants appartenant à 12 familles, 10 seulement ont été examinés.

TABLEAU N° 41

ENFANTS DE PARENTS AYANT UNE STRUCTURE PSYCHOTIQUE

12 FAMILLES - 40 ENFANTS DONT 10 EXAMINES

PARENTS : STRUCTURE PSYCHOTIQUE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES CHEZ CES ENFANTS	PRONOSTIC
37 - Mme. Hi... (fille elle-même de psychotique)	2 M. de 2 mariages	1 M. (2e)	troubles réactionnels liés à une séparation précoce d'avec la mère phobie de celle-ci de le voir devenir "fou" comme son propre père	favorable
38 - Mr. Can...	3 - 1 M. - 2 F.	1 M.	troubles psychotiques	réservé
39 - Mme. Ca... (Border-Line (+ Mr. Ca : éthylique)	4 (+ 5 enfants naturels de Mr.)	1 M. (aîné)	retard global (QI=67) avec grosse arriération affective "bouc émissaire" d'une famille très perturbée	défavorable
40 - Mme. S... Psychotique + débilité	3 { - 1 M. - 2 F.	1	retard du développement intellectuel et affectif (placement à l'A.P. précoce).	défavorable
41 - Mme. Pet... (+ Mr. : psychopathie)	2	1	troubles réactionnels en relation avec un milieu familial très perturbé et une relation proche à une mère psychotique	réservé
42 - Mme. Lec... (psychose hystérique) + Mr. : structure paranoïaque	5 { - 4 F. - 1 M.	1 M. jumeau	troubles réactionnels liée à un milieu familial très perturbé, relation très proche avec une mère psychotique	réservé

PARENTS : STRUCTURE PSYCHOTIQUE	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES CHEZ CES ENFANTS	PRONOSTIC
43 - Mr. Caz...	5 (- 4 M. - 1 F.)	1 M. (3e)	structure névrotique avec troubles réactionnels à la maladie du père	organisation névrotique
44 - Mme. Me...	3 (- 2 F. - 1 M.)	1 F. (2e)	troubles spécifiques du développement, et relation perturbée avec sa mère qui a fait un premier accès psychotique après sa naissance	favorable
45 - Mr. Sp... (bouffées délirantes)	2 (- 1 M. - 1 F.)	1 M. (aîné)	structure névrotique	organisation névrotique
46 - Mme. W...	5 (- 4 F. - 1 M.)	1 F. (dernière)	structure indéterminée (névrotique) vit en symbiose avec une mère psychotique qui lui fait peur.	névrotisation
47 - Mme. P... (Hypocondrie familiale)	5 (- 2 F. - 3 M.)	1 M. (dernier)	Inhibition névrotique grave	réservé
48 - Mlle. F... (Border-Line + épileptique)	1 F.	1	troubles spécifiques du développement	favorable
12 Familles	40	10		

Si l'on met à part 1 cas présumé de psychose infantile, on note que les enfants examinés se répartissent en :
troubles réactionnels (2 cas), troubles névrotiques (3 cas) et troubles du développement en majorité (5 cas) sous des formes cliniques diverses. Cette dernière catégorie n'est guère surprenante, quand on sait quel est le degré de désorganisation familiale et l'incapacité qu'ont ces parents d'apporter à leurs enfants jeunes les expériences affectives indispensables à leur développement. Tel n'est pas le cas chez les mère schizophrènes comme nous l'avons vu.
A noter que sur les 12 familles retenues, dans 9 cas, ce sont les mères qui sont malades.
Quant au pronostic, il est envisagé de façon parfois plus optimiste que dans les familles où les parents sont délirants.

Tableau n° VII - Enfants de parents psychopathes.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici de parents psychotiques avérés, ceux-ci sont néanmoins connus, et suivis pour certains, au département de psychiatrie d'adulte, et leur pathologie est suffisamment importante pour perturber gravement leur famille.
J'ai retenu 6 observations appartenant à ce cadre nosographique fort mal défini, à titre essentiellement comparatif.
6 enfants ont été examinés, parmi les 18 enfants appartenant à 6 familles.
D'emblée on note la gravité du diagnostic : 2 cas de psychose. Les 4 autres cas sont intitulés troubles réactionnels, mais avec un aspect sévère et un risque évident d'évolution vers la caractéropathie. Comme dans les familles de Border-Line, la non-officialité de la maladie parentale empêche les enfants de s'en dégager. D'autre part le comportement anarchique et agressif des parents est à l'origine de carences, rejet, placements multiples .... favorisant les troubles graves du caractère.

Si l'on compare avec les cas des enfants de schizophrènes, en tenant compte de la valeur toute relative des chiffres, on s'aperçoit que la proportion de psychoses est aussi importante, ce qui va à l'encontre d'une hypothèse sur l'hérédité de la psychose, puisque les troubles observés apparaissent plus graves dans les familles de psychopathes.
Sans doute l'hypothèse selon laquelle les enfants de mère schizophrène ont des expériences initiales favorables à leur développement se trouve-t-elle confirmée par ces constatations.

TABLEAU N° VII

ENFANTS DE PSYCHOPATHES

6 FAMILLES - 18 ENFANTS DONT 6 ONT ETE EXAMINES

PARENTS	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS VUS	DIAGNOSTICS PORTES CHEZ CES ENFANTS	PRONOSTIC
49 - Mme. Bo...	5 (dont 4 placés à l'AP.)	1 F. (dernière)	état pré-psychotique	défavorable
50 - Mr. P...	3	1	troubles réactionnels liés à une situation familiale très perturbée	?
51 - Mr. Mi...	2 (- 1 F. - 1 M.)	1 M. (aîné)	troubles réactionnels à une situation familiale très perturbante : père violent, éthylique, mère rejetante. Nombreux placements, risque d'évolution vers la caractéropathie.	défavorable
52 - Mme. La...	3 (- 1 F. - 2 M.)	1 F. (aînée)	troubles réactionnels liés au rejet maternel (relation sado-masochiste avec elle)	défavorable
53 - Mme. Le... (+ père éthylique, s'est suicidé)	3 F.	1 F.	Schizophrène	défavorable
54 - Mme. A... (+ père : paranoïaque, jaloux)	2 (- 1 F. - 1 M.)	1 M. (2e)	troubles du comportement, accès clastiques - caractéropathie	défavorable
6 Familles	18	6		

Il m'a paru indispensable de recueillir un certain nombre de données objectives et chiffrées concernant les enfants de psychotiques.

Mais mon intérêt essentiel visait à tenter de percevoir ce qui se passe chez un enfant vivant au contact d'un parent psychotique.

C'est pourquoi je m'efforcerai maintenant d'étudier quelques cas d'une façon plus approfondie.

oOo

C H A P I T R E III

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS

Les considérations développées dans les chapitres précédents visaient à donner une idée de certains travaux consacrés aux enfants des malades mentaux d'une part, et à étudier, d'autre part, l'état mental des enfants dont les parents sont suivis dans un secteur psychiatrique. Du moins j'ai pu recenser ceux d'entre eux qui avaient été examinés et non pas l'ensemble de la fratrie.

Ainsi apparaît-il que les conclusions de cette étude préalable sont discutables. De toute façon, je me proposais plutôt de me faire une idée de ce que représente pour un enfant, de vivre auprès d'un, voire de deux parents souffrant de troubles psychotiques.

En effet, à l'occasion de certaines visites à domicile chez des patients psychotiques adultes, j'ai été frappée par les conditions dramatiques de vie qu'ils imposent à leurs enfants au moment des crises, et par la façon très mature dont ceux-ci semblent assumer ces difficultés.

J'ai choisi tout d'abord d'étudier des cas d'enfants de schizophrènes ; je me propose ensuite de commenter le cas d'un adulte atteint d'une névrose de caractère, lui-même enfant d'une mère maniaco-dépressive, cas que j'ai eu l'occasion de suivre ; ce sera enfin le cas d'enfants de Paranoïaques.

A - OBSERVATIONS D'ENFANTS DE PARENTS SCHIZOPHRENES

C'est tout naturellement que l'on s'intéresse aux enfants des schizophrènes qui représentent, a priori, les psychotiques les plus profondément perturbés et perturbants.

De fait, il existe peut-être une transmission héréditaire, et j'ai

précisément choisi comme premier cas un enfant psychotique et il est à souligner d'emblée que cet enfant n'a jamais été élevé par sa mère schizophrène.

Une autre observation concerne deux enfants que leur mère schizophrène a élevés sans en avoir été séparée ; ces deux enfants ne sont pas psychotiques. Pour étayer mes conclusions, j'utiliserai des références concernant d'autres familles que j'ai eu l'occasion d'approcher.

oOo

(I) FAMILLE Pi...

L'histoire de cette famille porte sur trois générations et est lourdement grevée de troubles mentaux, de type psychotique. En effet, l'anamnèse est la suivante :

- Les grands parents (maternels).

- Le grand père est un ingénieur de haute spécificité technique (s'occupe de la construction d'aérodromes dans le désert). Il a été souvent absent de son foyer, à cause de sa profession, et cela notamment pendant l'enfance de sa fille, schizophrène, dont nous parlerons plus tard.
On dit qu'il s'est toujours senti plus à l'aise avec les nourrissons qu'avec les enfants, et que toute sa vie est organisée de façon qu'il n'ait jamais une relation objectale différenciée.
Il s'agit bien là, sur le plan psycho-pathologique, d'une structure psychotique bien compensée.

- La grand mère est secrétaire à un haut niveau. On est frappé chez elle par la tonalité particulière de son affectivité, limitée à des colères ou à des effondrements, ce qui laisse à prévoir une grande fragilité, malgré son apparence de "maîtresse-femme".

- LES PARENTS

- La mère est donc la fille de ce couple. Depuis l'âge d'environ 18 ans, elle a été de nombreuses fois hospitalisée, au cours de l'évolution

d'une schizophrénie paranoïde. Elle est suivie par le département de psychiatrie générale du XIIIe arrondissement depuis 1963.

Lors de sa première admission à l'hôpital de Soisy, son activité de provocation sexuelle, à l'intérieur de l'hôpital a conduit à prendre la décision de la faire transférer dans un service hospitalier uni-sexué. Et c'est ainsi qu'elle a été hospitalisée à Maison-Blanche.

Néanmoins, elle a fait là la connaissance du futur père de son enfant, un psychopathe de niveau limite, épileptique, syphillitique, alcoolique et polytoxicomane, alors hospitalisé à Ville-Evrard, et qu'elle rencontrait dans le parc de Maison-Blanche.

Quand la grossesse a été décelée, l'indication d'un avortement thérapeutique a été posée, mais celui-ci n'a pu être réalisé. Il n'y a pas eu de faits marquants pendant cette grossesse et la malade a accouché (en 1965) d'un garçon, qu'on nommera C, à l'hôpital Ste-Anne.

L'enfant, dès sa naissance, a été placé pendant sa première année à l'assistance publique. A la suite de cette naissance, s'est organisé un conflit massif entre les grands-parents de cet enfant et l'équipe psychiatrique ayant en charge sa mère, qui souhaitait aider la malade à assumer la naissance de son enfant, et à se ré-individualiser parallèlement à lui, politique que les grands-parents ont jugée et jugent encore aberrante.

La mère voit encore de temps en temps le père de son enfant, qu'elle seule, a cependant reconnu.

De ce fait la position parentale a été occupée de façon substitutive par la propre soeur de la malade et le mari de celle-ci. A partir de l'âge d'un an, C a été élevé avec les propres enfants de ce couple, qu'il vit comme ses propres parents. La "mère-tante" est professeur d'anglais. Il s'agit d'une psychotique équilibrée (un peu comme son père) qui se protège au moyen de rationnalisations, et qui n'a pu éviter, cependant, une grave dépression récemment.

- <u>L'enfant C.</u>

Après sa naissance, à Ste-Anne, il a été placé d'abord dans une pouponnière, puis chez une nourrice jusqu'à la fin de sa première année.

Ensuite il a été recueilli et élevé par sa tante maternelle au même titre que les propres enfants de celle-ci.

Pendant la première année qu'il a passée dans ce foyer, le jeune C. s'est développé normalement, aux dires de sa tante, qu'il vit comme étant sa propre mère. Sa vraie mère était sa "deuxième" maman.
Cependant très rapidement sont apparus des conflits au sujet de l'éducation de cet enfant, entre les grands-parents et la tante, tenants d'une éducation ferme, et sa mère naturelle le laissant trop faire, lorsqu'elle venait le voir.
C'est vers l'âge de 2 ans que C. est apparu comme anormal à ses parents adoptifs. En effet, on a vu survenir à ce moment-là, tout d'abord, une anomalie du langage qui faisait dire à sa tante qu'il "parlait une langue étrangère". Il avait adopté pour s'exprimer un jargon incompréhensible, sauf pour cette tante.

Par ailleurs sont également apparus des troubles du comportement, l'enfant ne supportant pas les contraintes, ni qu'on s'occupe d'autres enfants et ayant commencé à avoir une attitude très particulière à l'égard de sa vraie mère qu'il torturait.

Cependant il est entré à l'école maternelle à l'âge de 3 ans et demi et s'y est bien adapté.

C. a été vu en consultation de psychiatrie infantile pour la première fois début 1968 sur la demande du Dr. Paumelle, qui a en charge sa mère.

A cette occasion, les parents adoptifs avaient exprimé leur réprobation au sujet de la préservation des relations de C. avec sa mère, et laissé paraître l'existence d'un conflit conjugal majeur ; l'oncle étant devenu de moins en moins tolérant vis-à-vis de cet enfant, sommait sa femme de choisir entre sa famille ou cet enfant. Dès cette première consultation, C. est considéré comme un enfant psychotique.

Lors d'une deuxième consultation en 1970, il est décidé d'entreprendre une psychothérapie dont on n'a aucun compte rendu.

Au cours de l'année 71-72, la tante a fait une grave dépression et il a été nécessaire d'entreprendre des démarches auprès du juge pour obtenir que la garde de C. échappe à ses parents naturels et qu'il soit confié à ses grands parents.

Sur le plan scolaire, le cours préparatoire s'est soldé par un échec, l'apprentissage de la lecture étant nul.

En 72 l'aide ambulatoire apporté à C. s'étant avérée tout-à-fait insuffisante, voire dérisoire, celui-ci va alors habiter chez ses grands-parents maternels (reprenant la place de sa propre mère, elle-même étant prise en charge par une institution psychiatrique et ne rentrant que lors des week-end) ceci dans la perspective d'une prise en charge de C. par l'hôpital de jour pour enfants du XIIIe arrondissement où il a été admis à la rentrée scolaire 72-73.

Après avoir retracé l'histoire de cette famille, je me propose de faire part des réflexions qu'elle m'inspire, en utilisant les données de l'examen psychiatrique de l'enfant et des observations de ses soignants.

1 - C. est le fils d'une mère schizophrène. La question de la transmission héréditaire se pose d'emblée, mais il faut considérer que son histoire ne peut qu'intervenir, et massivement, dans la genèse de sa psychose : en particulier, il ne faut pas oublier que cet enfant a subi une carence affective précoce, ayant été placé de sa naissance jusqu'à l'âge de 1 an. En outre, il a été élevé ensuite par une tante, elle-même psychotique. Comme nous y insisterons plus loin, il est devenu rapidement l'enjeu des conflits familiaux, multiples, qui ne sont pas loin de rappeler ceux dont sa propre mère, a été, et est encore, la victime. Quelle que soit la part de l'hérédité, on ne peut négliger ces facteurs si l'on veut se faire une idée sur la genèse de la psychose de cet enfant.

2 - Prenons en considération quelques éléments du tableau clinique :

- C. se serait développé normalement jusqu'à l'âge de 2 ans et semble avoir été très heureux pendant la première année de son séjour chez sa tante.

- Le tableau clinique s'est révélé d'emblée grave ; les troubles du langage et les troubles du comportement ont fait évoquer la possibilité d'une oligophrénisation évolutive.

- Néanmoins sa scolarisation à l'école maternelle n'a pas posé de problèmes.

- En considérant la gravité des troubles actuels, on voit bien qu'on se trouve devant une situation évolutive ; en particulier on note des troubles de l'identité : il dit "à l'hôpital (de jour) je n'existe pas" en

associant directement sur sa mère, elle-même hospitalisée, et dont il déclare : "c'est comme si elle n'existait pas". A l'hôpital de Jour, il est extrêmement instable et anxieux. Son langage est pauvre et flou. Il est cependant débrouillard, du moins à la condition de se trouver à proximité d'un adulte. Il recherche la compagnie des éducateurs, en particulier de sexe masculin, comme s'il cherchait à être contrôlé physiquement, tenu et contenu par eux. Il est très intolérant aux enfants de son groupe avec lesquels il entretient des relations sado-masochistes.

- Avec sa mère naturelle, il entretient une relation très spéciale : il la torture ; il lui donne des ordres (se couper les cheveux, par exemple, ce qu'elle s'empresse de faire), l'enferme dans les placards ... La mère accepte tout de lui, et semble s'identifier à lui de façon complètement fusionnelle. D'ailleurs quand la grand-mère le bat, la mère a l'impression que c'est elle qui est battue.
A propos de cette relation mutuelle, on pourrait parler d'une identification très primitive, de type projective.

3 - Ces éléments relationnels caractéristiques de la psychose de C. doivent être restitués dans le contexte de sa famille.

- Tout d'abord il existe un conflit entre la mère naturelle, partisan du laisser-faire, et la grand-mère maternelle et la tante qui souhaitent une éducation autoritaire ; en particulier la grand-mère interdit presque tout à C., tandis que la mère va jusqu'à se laisser détruire par lui.
Ces conflits ont été repris au niveau des rapports entre la grand-mère et la tante d'une part, et l'équipe psychiatrique d'autre part, qui a en charge la mère, et défend ses intérêts.
Or la grand-mère traite sa fille, la mère de C., d'incapable et de folle : tout se passe comme si elle niait son existence même.
De ce point de vue, C. semble avoir repris auprès d'elle la place qu'occupait sa mère autrefois.

- La tante maternelle qui l'a élevé de 1 an à 7 ans l'a considéré comme son propre fils, presque au détriment de ses deux autres enfants. Tout se passe comme si, rivale de sa mère, elle avait voulu se montrer plus efficace que la grand-mère.

- Dans ces conditions, on comprend bien que C. ne sache pas vraiment qui est sa vraie mère : il en a trois, qui pour lui, jouent des rôles différents. Sa vraie mère tiendrait en quelque sorte le rôle d'une soeur aînée. La grand-mère et la tante nient totalement que C. puisse être perturbé par cette situation. Pour elles, le seul facteur perturbant est l'existence des parents naturels.

- La situation n'est pas meilleure du côté des hommes : le père ne l'a pas reconnu, et ne s'occupe pas du tout de lui. Le grand-père est, comme on l'a vu, absent, même s'il est présent physiquement. L'oncle, faisant fonction de père, ne l'a jamais admis et a fait pression sur sa femme pour qu'elle abandonne son éducation.

On comprend que C. ait tellement besoin d'hommes forts, tels ses éducateurs, pour le protéger contre ses trois mères et contenir ses pulsions agressives.

4 - Ainsi est-on en droit de se demander qu'elle est la signification du comportement agressif de C. à l'égard de sa mère : réaction à son abandon ? identifications projective ? confusion due à ses difficultés d'identifications à 3 mères différentes ?

5 - De toute façon on pourrait dire que C. ne vit dans l'esprit de sa famille que pour reprendre la place, occupée autrefois, par sa mère, schizophrène. Cette situation est souvent retrouvée chez les enfants psychotiques qui ont 2 mères ; la mère naturelle, schizophrène, et la grand-mère qui élève l-enfant. De ce point de vue on peut comprendre la décision prise par l'équipe psychiatrique qui s'occupe de la mère, de placer l'enfant à sa naissance. On pourrait même se demander s'il n'en eût pas mieux valu que la tante n'accueille pas C. chez elle, en dépit de ses meilleures intentions.

oOo

II - FAMILLE S...

La famille S. a d'abord pour intérêt d'être connue du même psychiatre sur deux générations ; celle de la mère traitée pour schizophrénie et celle des deux enfants qui lui ont été présentés.

En effet Madame S. est une schizophrène dont les troubles remontent à l'adolescence : hospitalisée à cette époque pour un état hébephréno-catatonique, elle a été traitée par des comas insuliniques. Au cours d'une rechute, la cure de Sakel s'est compliquée de l'évolution d'un diabète. Cette maladie, qui remonte maintenant à plus de vingt ans, a été entrecoupée d'épisodes qui n'ont jamais eu la gravité de ceux qui ont marqué l'entrée dans la maladie. Mais il est à noter que Madame S. ne soigne son diabète que lorsqu'elle est dans un état relativement bon. Dans les périodes où elle va moins bien, elle ne prend plus les médicaments qui lui ont été prescrits et néglige son régime aussi bien que l'insulino-thérapie. A plusieurs reprises, elle a fait des épisodes de sub-coma diabétique. Elle a épousé il y a une quinzaine d'année un indien qui l'a savait malade : c'est un physicien atomiste, lui-même fort bizarre. C'est ainsi qu'au cours d'un épisode délirant de sa femme, marqué par des idées érotomaniaques, il a demandé au psychiatre pourquoi celui-ci n'acceptait pas de faire une expérience amoureuse avec sa femme ; il estimait en effet qu'une telle expérience lui aurait permis de guérir ses troubles mentaux.

Dans les périodes où sa femme rechute, il joue généralement un rôle maternel, il soigne d'abord sa femme, dont il a toujours refusé l'hospitalisation, et il s'occupe des enfants.

En effet, deux filles sont nées dans ce ménage. L'aînée, qui a aujourd'hui 14 ans, entre dans le cadre de ces enfants hypermatures dont il a été question dans l'introduction de ce travail. Elle a été examinée en une seule occasion : vue vers l'âge de 10 ans, elle était une petite fille de bon niveau scolaire, encore qu'elle eût quelques difficultés dans l'enseignement secondaire. Elle contribuait aux soins du ménage, lorsque la mère était incapable de tenir son rôle.

La seconde fille, A., dont il sera plus spécialement question ici, a été amenée à l'âge de 3 ans au psychiatre qui suivait sa mère, d'une part en raison d'un retard important dans l'évolution du langage et d'autre part, en raison de ses troubles du caractère, en particulier dans sa relation avec sa mère.

A cette occasion, on décéla un certain degré de surdité. Mais le père avait quelques réticences à admettre la validité de deux audiogrammes qui furent faits à l'occasion de ce premier examen. Il devait cependant reconnaître que A. semblait infiniment mieux réagir aux stimulis sonores depuis qu'elle avait été appareillée.

Mais les parents sont surtout inquiets des attitudes d'opposition de leur fille. Elle refuse de manger, de se laver, de se coucher, surtout quand sa mère s'occupe d'elle. Elle fait, à l'occasion de ces contrariétés, de violentes colères qui ont parfois un caractère clastique. En d'autres occasions, elle se livre à des manifestations auto-agressives, comme de se taper la tête contre le sol ou contre les murs. Elle ne parle pas ou n'a qu'un langage très rudimentaire, mais elle a pris l'habitude de pousser des hurlements si intenses que les voisins s'en plaignent et que des discussions surviennent fréquemment avec eux.

Les parents ont remarqué qu'A. semble vivre et comprendre ce qui se passe autour d'elle. Elle joue seule. Ses jeux sont élaborés. Elle se lave souvent les mains à conditions qu'on ne le lui impose pas ; et les renifle beaucoup.

Au cours du premier examen psychiatrique, on propose à l'enfant de jouer avec des personnages et des animaux représentatifs. Le jeu est élaboré, mais est constamment marqué par un appel au père, tandis que la mère, qui assiste également à l'examen, est totalement ignorée par A.

Cette brève observation montre à l'évidence que les troubles pour lesquels A. est amenée à la consultation ne relèvent pas uniquement de difficultés auditives. Il existe de profondes perturbations relationnelles avec sa mère. On la comprend aisément, si l'on se rappelle que celle-ci se désintéresse totalement de sa fille, lorsqu'elle est soumise à des périodes évolutives de sa maladie : elle se désintéresse alors d'elle-même et ne soigne plus son diabète ; elle ne donne plus aucun soin à son ménage ; à ce moment, sa fille semble ne pas exister pour elle. Elle devient même méchante et brutale. Le mari raconte que la mère de A. a particulièrement mal supporté une rougeole survenue récemment. A cette occasion, elle s'est montré agressive, voire extrêmement brutale à l'égard de sa fille.

Tous ces éléments permettent raisonnablement de penser que les troubles pour lesquels A. a été conduite à la consultation ne relèvent pas

uniquement des difficultés d'audition. Il existe de profondes perturbations dans la relation avec sa mère. Ce sont les raisons pour lesquelles on conseille aux parents de mener de front une rééducation du langage et une psychothérapie.

Fait intéressant, le père qui, quelques mois auparavant, avait demandé au psychiatre d'avoir des rapports sexuels avec sa femme, puisqu'elle était amoureuse de lui, refuse maintenant toute idée de psychothérapie : il a lu des ouvrages psychiatriques et est particulièrement intéressé par les théories de la chimie moléculaire.
Il parle d'altération chimique définitive, de traitements chimiques spécifiques et il ajoute qu'il est plus rassurant de penser qu'une maladie mentale a une origine biochimique qu'une origine psychologique. Il insiste pour que l'on prescrive des médicaments destinés à améliorer les troubles d'A. et à prévenir ce qu'il craint pour elle, à savoir une évolution psychotique.

En fait, on ne peut retenir pour A. le diagnostic de psychose : il s'agit d'une petite fille dont les difficultés évolutives sont certainement grandement liées aux troubles de son audition. Mais ils ne peuvent être qu'aggravés par le comportement incertain et parfois agressif de la mère, d'où une difficulté relationnelle très importante, d'autant plus sérieuse qu'elle survient à un moment où A. est probablement très agressive avec sa mère, du fait de son évolution oedipienne et de ses difficultés identificatoires. Celles-ci sont liées à la maladie de la mère et au rôle maternant du père au moment des périodes évolutives de la maladie de sa femme.

Depuis cette première consultation, et pendant les deux ans qui ont suivi, A. a été régulièrement examinée, chaque fois que sa mère venait consulter le psychiatre. Elle venait également avec son père.

Au cours de la dernière consultation, le jeu de l'enfant est tout-à-fait évocateur de son évolution : elle exprime d'abord son agressivité contre tous ceux qui l'empêchent d'être seule avec sa mère. Puis elle essaye d'éliminer tout sentiment agressif qu'elle peut ressentir en elle. Elle introduit des barrières, des agents de police etc... Elle termine son jeu en évoquant une relation idéale avec un personnage de nature maternelle, qui resterait avec elle. Mais dans toute la suite du jeu, ce personnage maternel s'évanouit toujours, pour disparaître, en sorte qu'aucune relation stable avec une mère ne peut s'établir.

L'état d'inhibition ne s'est pas amélioré. En dépit de l'évolution positive sous l'influence de la rééducation, il reste évident qu'A. aurait besoin d'une relation psychothérapique pour pouvoir exprimer des besoins affectifs qu'elle ne réalise jamais dans une relation maternelle, très insatisfaisante et insécurisante.

Les éléments qui peuvent être discutés à partir de cette observation sont les suivants :

1 - Il s'agit d'une famille dont la mère est schizophrène mais qui est remarquablement stable. En effet le mari, d'une ethnie différente, a su qu'il se mariait avec une malade mentale, l'a remarquablement supportée et pourrait être défini comme un père thérapeute et un père maternant, dont l'équilibre mental est d'ailleurs discutable.

Les périodes évolutives de la maladie schizophrénique sont actuellement intriquées avec le diabète dont l'évolution se trouve aggravée au moment des accès psychotiques, ce qui ne pourra pas manquer de jouer un rôle dans la relation de la mère avec ses deux filles.

2 - La fille aînée dont l'évolution se fait apparemment sans incidents sérieux, est une de ces enfants hypermatures qu'a décrit Pierre BOURDIER. Actuellement la scolarité n'est pas absolument parfaite. Cette fille entre dans l'adolescence et il serait intéressant de savoir ce qu'elle va devenir.

3 - De 8 ans sa cadette, A. a un langage très retardé et est profondément inhibée, en partie à cause de troubles importants de l'audition. Il est à noter que l'appareillage et la rééducation spécifique n'ont pas entraîné une évolution favorable. On est en présence d'une petite fille extrêmement inhibée, constamment à la recherche d'une mère idéale qu'elle n'a pas, lors des périodes de relative incurie qui marquent les épisodes évolutifs de la maladie maternelle. Sa relation oedipienne s'en trouve extrêmement troublée, d'autant que le rôle du père est ambigu : il est, à la fois un support oedipien, mais aussi un substitut maternel, au moins pendant les rechutes de la schizophrénie de la mère.

4 - Ce cas est évidemment tout-à-fait différent du précédent, celui du petit C. On a vu que, dans l'observation (N° I) l'équilibre familial tout entier tendait à inscrire l'enfant dans le cadre d'une évolution psychotique, pour

prendre la place jusque-là occupée par la mère schizophrène. Ici au contraire les lacunes dans les relations de la mère et de l'enfant sont comblées par les efforts de toute la famille, en particulier ceux du père, peut-être ceux de la soeur aînée, sans compter ceux de la famille maternelle, toujours prête à se substituer à la mère défaillante.

Il est difficile de tirer des conclusions hâtives à partir de ces observations.
Toutefois, il me semble qu'elles constituent deux types assez représentatifs, comme en témoigne l'expérience quotidienne.

Dans certains cas, la famille, y compris certains des enfants, contribue à éviter les conséquences de la maladie maternelle. Dans l'observation (II) on voit bien le rôle de substitut maternel que joue le père ou la soeur aînée.

En effet, ceux-ci jouent le rôle de "pièces rapportées". Ainsi la schizophrénie ne serait pas fatale chez les descendants.

Par contre, dans de nombreux cas, comme l'illustre l'observation (I), la famille tout entière est impliquée dans le processus schizophrénique, et l'enfant vient y prendre sa place.

Bien évidemment, on pourrait évoquer de nombreuses autres situations. Tel est le cas de la famille W., où c'est le père qui est schizophrène : c'est une forme grave dominée par l'apragmatisme et des défenses obsessionnelles, contraignantes pour toute la famille. Qu'il soit hospitalisé ou non, il semble inexistant au regard de ses enfants.

La mère, elle-même fille d'un malade mental, l'a épousé en connaissance de cause, et présente de temps en temps des bouffées délirantes excito-motrices.

La fille aînée est entrée dans la schizophrénie à l'adolescence. Le fils cadet a été considéré comme pré-psychotique avec un pronostic fâcheux.

J'ai eu l'occasion de connaître la fille, et j'ai eu l'impression que ses troubles psychotiques étaient organisés à partir de sa relation à sa mère, basée sur l'identification projective. Elle vit son père comme "inanimé" et "absent".

On voit bien à travers cette observation quel rôle préservateur que pourrait jouer le père dans le vécu des enfants de parents psychotiques. Un père schizophrène ne peut qu'aggraver la situation.

oOo

B - OBSERVATION D'ENFANTS DE PARENTS MANIACO-DEPRESSIFS

(III) - FAMILLE V...

Cette observation diffère des autres, en ce sens que j'ai eu l'occasion de suivre dans un dispensaire de secteur pendant plusieurs mois, et en même temps, et la mère, à l'occasion d'un accès mélancolique, et son fils aîné, alors âgé de 41 ans, ce dernier s'étant décompensé sur un mode dépressif sévère, pour la première fois dans son existence.

Madame V... était âgée de plus de 60 ans quand elle fit son premier épisode franchement mélancolique. Dans l'anamnèse, on n'a noté aucune manifestation patente de psychose maniaco-dépressive, avant cet âge. En fait c'est au moment où son fils cadet a atteint l'âge adulte et a quitté le foyer parental, que Madame V... a commencé à se déprimer, se sentant, dès lors, inutile. Avant que surviennent les événements qui vont bouleverser sa vie et son équilibre mental, Madame V... se décrit et est dépeinte par les siens comme une personne autoritaire, très active et consciencieuse dans ses tâches ménagères, exigeante envers son mari et ses fils qui n'ont jamais osé lui tenir tête. Il est à souligner également une tendance dépressive face aux difficultés rencontrées dans son existence, et une surdité, infirmité dont on connaît bien les conséquences sur la vie relationnelle. Ces trois dernières années, elle s'est trouvée confrontée avec des changements : d'abord le départ de son fils cadet (âgé de 25 ans), qui s'est acheté à crédit un appartement sans prévenir ses parents, puis son propre déménagement pour un nouvel appartement auquel elle n'a pu s'habituer, le jugeant "trop neuf" pour elle, qui préférait son "taudis". Dans ces conditions, le fils aîné a dû héberger ses parents dans son propre logement trop exigu.

C'est à l'occasion d'une première hospitalisation en milieu psychiatrique, que sera faite la reconnaissance de la maladie de Madame V..., et qu'elle sera traitée pour la première fois. En avril 1972, à la suite d'une tentative d'autolyse (elle avait tenté de se jeter sous le métro) Madame V... a été hospitalisée pendant un mois à l'hôpital Sainte-Anne. Elle présentait alors un état mélancolique franc, avec des sentiments d'auto-dépréciation, d'auto-accusation, sur lesquels venait se greffer une activité délirante de type mystique. Elle était résignée, et n'attendait plus que la mort pour être délivrée. Par ailleurs, elle présentait alors un léger affaiblissement intellectuel global, qui a rétrocédé en grande partie ; au cours de l'hospitalisation, l'humeur de Madame V... s'est brutalement modifiée dans le sens d'un état de sub-excitation, avant que ne survienne la normalisation thymique.

A la sortie de l'hôpital, Madame V... a été suivie très régulièrement , ce qui ne l'a pas empêchée de faire quelques mois après, un nouvel accès mélancolique, qui put être traité en ambulatoire. C'est au décours de ce deuxième accès mélancolique, que le fils aîné fit lui-même un état dépressif grave. Il est à souligner, au passage, la fragilité du mari de la malade, qui lui-même, pendant l'hospitalisation de sa femme, fit un état dépressif sévère (de type mélancolique ?) qui rétrocèda lorsque sa femme revint à la maison.

J'ai donc été amenée à suivre également Monsieur V..., fils aîné de la malade. Celui-ci, venu accompagner sa mère en consultation, m'a demandé un jour à être suivi lui-même, alors qu'il se trouvait dans un état extrêmement critique, quoique n'ayant rien de comparable à la mélancolie maternelle.

Il avait alors à affronter des difficultés professionnelles, et se sentait incapable d'y faire face, se disant lui-même comme "au bout du rouleau", et "foutu". Il pensait d'ailleurs que la maladie de sa mère, la "dégradation" de celle-ci, dont il était le témoin et qui le bouleversait, était pour beaucoup dans la génèse de ses difficultés. C'était un peu comme si la maladie de sa mère l'avait lui-même "brisé". Il me montra, au cours des entretiens qui suivirent, à quel point il se sentait solidaire, et lié à sa mère.

En effet, ce patient est ecclésiastique. Il est entré au séminaire, puis dans les Ordres, non pas parce qu'il s'en sentait la vocation, mais parce que tel était le désir de sa mère, très pieuse et même dévote. Celle-ci, s'était,

elle-même, convertie au catholicisme au moment de son adolescence, alors qu'elle était issue d'un milieu athée et même anti-clérical, et avait aussi songé à entrer en religion.

Le patient n'a jamais rempli son sacerdoce dans une paroisse, mais, dès qu'il a été ordonné prêtre, a été détaché, par l'évêché, dans l'enseignement technique où il travaille encore actuellement.

Monsieur V... a l'impression que sa mère "l'a mis sur les rails" et qu'il n'a pas à changer, en quoi que ce soit, son destin, même s'il vit actuellement une crise aiguë, au cours de laquelle il remet en cause non seulement sa vocation religieuse, mais sa foi ; il ne croit plus en Dieu, mais il n'est pas question pour lui de quitter les Ordres : ce serait, pense-t-il, une trahison, qui risquerait d'"achever sa mère", ou de le dégoûter encore plus de lui-même. Il est entré dans les Ordres, dit-il, en quelque sorte pour "remplir une mission" au nom de sa mère, faire ce qu'elle aurait désiré accomplir elle-même. Il se sent complètement dirigé par sa mère, comme s'il était un objet à sa merci. De ce point de vue, il se voit à l'image de son propre père, qu'il juge avec sévérité : "c'est un zéro", dit-il en parlant de son père, un timide, un faible, un être craintif qui n'ose effronter sa femme, encore moins la contredire ou lui résister.

Il ne peut supporter de voir son père ainsi, et quand il ne peut plus se contrôler, c'est lui qu'il agresse en lui reprochant de lui avoir toujours "porté la poisse" par ses prédictions pessimistes, mais en même temps, il se rend compte qu'il est, lui-même, comme son père, et risque de devenir, lui aussi, "neurasthénique".

Il se reproche, en même temps, de ne pouvoir affronter son patron, devant lequel il se sent timide, comme "un petit garçon" pris en faute. En effet, il travaille dans un établissement privé depuis une vingtaine d'années et récemment, son patron l'a muté dans un poste de plus grande responsabilité, ce qu'il n'a pas supporté.

C'est depuis ce changement qu'il se sent incapable d'assumer ses nouvelles responsabilités, et qu'il est entré en conflit avec ses nouveaux collaborateurs, qu'il ressent comme hostiles à lui. De même avec les enfants, il ne se sent plus en confiance : "il n'y a plus de contact, je me sens trop vieux pour répondre à leurs besoins", (surtout depuis mai 1968), dit-il.

à entrer en religion.

Peu à peu la situation s'est dégradée : il s'est senti complètement incapable de faire son travail, s'est mis à faire des "bêtises", ce qui ne faisait qu'aggraver ses difficultés relationnelles avec ses collègues et son patron, jusqu'au jour où ce dernier l'a sommé de se faire soigner.

Il ne se reconnaissait plus, ne comprenait pas ce qui lui arrivait. Lui, qui était plutôt consciencieux, bien ordonné, se mettait à égarer ses papiers, à oublier ce qu'il venait de faire quelques minutes auparavant... Il lui arrivait de pleurer comme un enfant, ou de devenir violent, et se voyait obligé de partir plutôt que de "tout casser". C'est dans ce contexte que Monsieur V... s'est mis à mettre en cause toute son existence, et l'a trouvée tellement dénuée de sens, qu'il a songé à se suicider ; mais il ne l'aurait pas fait, pense-t-il, à cause de la "morale religieuse".

Il est apparu, en fait, que cet épisode de décompensation sur un mode dépressif, survenait au moment où il accomplissait sa dernière année dans l'enseignement, étant entendu qu'il devait être rappelé par l'Evêché à la fin de l'année, et probablement quitter le monde du travail, pour exercer son sacerdoce, ce qui le remplissait d'horreur, puisqu'il n'avait plus la foi et ne s'était jamais senti la vocation d'être prêtre. Comme il n'était pas question pour lui d'affronter son évêque ou sa mère, en prenant la décision de quitter les Ordres, il se sentait coincé dans une impasse, sans aucune issue.

C'est alors qu'il se mit à me parler de son besoin d'éviter tout affrontement. Il n'a jamais pu s'opposer à qui que se soit de "peur de blesser" ; alors il a toujours adopté le silence et s'est conformé au désir de l'autre, tout en accumulant en lui une charge explosive de rancune et d'agressivité qu'il ne s'est jamais autorisé à extérioriser. Cette force en lui, réapparaît dans ses rêves et ses fantasmes où il se voit tenant un fusil dans la main et tirant à tour de bras. Il associe en disant "ce doit être une façon de m'affirmer" et "après cela je me sens soulagé"_

D'ailleurs son plus grand regret est celui de ne pas être entré dans l'armée, plutôt que dans les ordres.

Dans ce milieu masculin, rempli d'hommes forts, il aurait aimé devenir un "meneur d'hommes", tout en restant toujours couvert par un supérieur hiérarchique ; là, il se serait senti en sécurité.

A partir de cette observation, concernant une mère maniaco-dépressive et la décompensation sur un mode dépressif de son fils aîné, en plein âge adulte, un certain nombre de questions peuvent se poser :

1 - La psychose maniaco-dépressive de la mère n'a été patente que tardivement (après sa soixantième année). Néanmoins, il semble qu'elle ait déjà manifesté des tendances dépressives auparavant.

Quoi qu'il en soit, Madame V... est ressentie, par les siens, comme un personnage autoritaire et dominateur avec un caractère obsessionnel. Toute la famille a vécu selon "ses humeurs", la craignant et en même temps la vénérant.
Par ailleurs, il faut insister aussi sur l'importance, dans l'existence de cette femme, de sa conversion à la religion catholique et sur la pregnance de sa foi sur la vie familiale. A ce propos, on pourrait être en droit de penser qu'il existe peut-être un lien entre son mysticisme et ses idées de culpabilité extériorisées lors de sa maladie, et les motivations qui ont sous-entendu sa conversion et sa foi religieuse.

Si on ne peut considérer que Madame V... est depuis de longues années une déprimée chronique ou une malade atteinte de psychose maniaco-dépressive, on a quand même des raisons de penser qu'elle a dû se montrer capable, à maintes reprises, de brusques retraits narcissiques accompagnés d'un désinvestissement tout aussi brutal de ces relations familiales, dont son fils aîné a pu souffrir tout particulièrement.
En effet, celui-ci n'a-t-il pas dit qu'il avait toujours vécu dans la peur de contrarier sa mère, que tout effrontement avait toujours été considéré comme dangereux, telle était sa peur de "blesser" sa mère, comme s'il l'a considérait aussi vulnérable à certains moments que toute-puissante dans d'autres occasions ?

Et c'est ainsi que ce fils aîné semble avoir payé le tribut de la culpabilité et du mal de vivre de sa mère : il est entré dans les ordres, pour accomplir une mission, au nom de sa mère, dit-il.
Toute son existence semble aussi être vouée à l'échec, comme s'il devait, là aussi, payer pour la culpabilité de sa mère.

2 - Quand Monsieur V... se tourne du côté de son père, il retrouve sa propre image, comme devant un miroir. Son père est "un zéro", qui va d'échec en échec et affiche avec un malin plaisir son pessimisme foncier ; il est

incapable de tenir tête à sa femme, qui le manipule à sa guise. Son fils lui reproche amèrement de n'avoir jamais pu constituer un support à une identification masculine correcte, et de n'avoir jamais pu s'interposer entre lui et cette mère presque toute-puissante.

Et c'est ainsi qu'il recherche des hommes-forts, qui auraient tenu tête à sa mère, d'où son aspiration à entrer dans l'armée. Mais il fait part aussitôt de sa peur d'avoir à affronter ces hommes, et de sa fuite dans ces cas-là, comme s'il sentait vaguement la dimension homosexuelle que cela comprend pour lui, comme on l'a vu dans ses relations avec son patron. Face à une mère terrifiante, il recherche l'appui d'un homme fort, mais il prend peur à ce moment, car il se trouve alors confronté avec son angoisse d'être dominé par cet homme.

3 - Il convient aussi de se poser des questions en ce qui concerne la pathologie de Monsieur V...

Comme il est le fils d'une mère maniaco-dépressive et comme il s'est décompensé sur un mode dépressif, on est en droit de penser chez lui à la possibilité d'une transmission héréditaire de la psychose maternelle.

Néanmoins, malgré sa sévérité, les caractères cliniques de cette dépression semblent écarter l'éventualité de sa nature mélancolique : on ne note aucune idée délirante d'auto-accusation ou de déchéance ; le patient ressent très douloureusement son incapacité à faire face à ses difficultés, et son sentiment d'échec en général, ce qui est l'apanage de toute dépression.

L'anamnèse met en évidence chez ce patient des mécanismes de défenses de type phobo-obsessionnel sur une personnalité de nature assez sensitive ; ces éléments concourent à le situer dans le cadre nosographique des névroses de caractères graves.

De plus, l'évolution de cet épisode dépressif tend à confirmer son caractère névrotique ; en effet, grâce à une couverture médicamenteuse essentiellement sédative et légèrement anti-dépressive, associée à des entretiens psychothérapiques très réguliers, le malade a pu reprendre rapidement une existence quasi-normale et sortir de sa dépression. Néanmoins, il est impossible de prévoir l'avenir, et il n'est pas exclu qu'il fasse un jour un accès mélancolique franc.

4 - Il est intéressant de constater que Monsieur V... s'est décompensé sur un mode dépressif, peu après l'entrée franche dans la maladie de sa mère.

En quelque sorte, il s'est effondré quand il a constaté qu'il n'était plus d'aucune utilité pour sa mère : Dieu, qui remplaçait ce père fantoche, s'est révélé impuissant lui-même à protéger sa mère contre la maladie et la déchéance, et il n'a pu croire encore en lui.

Il se sentait lui-même investi d'une mission pour sauver sa mère de la maladie, reprenant à son propre compte la culpabilité de celle-ci ; mais quand cette mère est tombée malade, il s'est senti abandonné, et par elle, occupée par son seul malheur, et par Dieu, qui n'a pas su être, selon lui, assez fort pour maintenir cet équilibre précaire.

5 - Ce cas illustre bien l'hypothèse selon laquelle les enfants peuvent reprendre à leur propre compte le sentiment de culpabilité des parents.

Comment ne pas comprendre qu'un enfant, en voyant déprimé l'un de ses parents, sa mère en particulier, ne s'en sente pas responsable, du fait de ses sentiments inconscients de culpabilité, sous-tendus par une très forte agressivité ?

oOo

C - OBSERVATIONS D'ENFANTS DE PARENTS PARANOIAQUES

(IV) - FAMILLE F...

Cette famille est extrêmement perturbée : les deux parents sont suivis depuis 1962 pour des troubles graves, ainsi que leurs 5 enfants.

- Madame F... a été mariée une première fois à un paranoïaque, jaloux, qui la battait, et qui est interné. De ce mariage est né un fils, qui a été placé. Elle s'est remise en ménage par la suite, avec un homme de 18 ans son aîné, lui-même paranoïaque, extériorisant un délire de jalousie, qui est centré notamment sur le fils aîné de Madame F... vis-à-vis duquel il a proféré des menaces de mort.

Ce couple, qui vit en concubinage (Madame F... n'ayant jamais pu divorcer de son mari interné) a eu 5 enfants, que Monsieur F... utilise pour exercer une surveillance continue sur sa femme qu'il soupçonne de façon délirante de le tromper.

Madame F... personnalité fort troublée comme on peut l'imaginer, pour avoir vécu successivement avec ses 2 maris de telles situations, souffre par ailleurs d'une maladie physique chronique invalidante : à l'âge de 10 ans, elle a eu une méningite lymphocytaire, qui s'est chronicisée et a entraîné des hospitalisations périodiques à l'occasion de multiples rechutes.

Cette femme, très marquée par une existence difficile, a vécu des épisodes dépressifs, dont l'un s'est soldé par une tentative d'autolyse (en 1958). Sur le plan psycho-pathologique, on peut la considérer comme une personnalité déséquilibrée avec un masochisme renforcé.

- Monsieur F... est lui aussi profondément perturbé. Sa biographie est lourdement chargée en événements dramatiques_

Lui-même était fils unique, très attaché à ses parents et d'une grande immaturité affective. Il a assisté à plusieurs tentatives de suicide de sa mère, femme impulsive. Il s'est marié une première fois et a eu un fils de ce mariage. Il a fait 5 ans de captivité lors de la guerre de 1939-45. A son retour, en 1945, il a appris la mort, sous les bombardements, de ses parents, de sa femme et de son fils. En apprenant la perte des siens, il a fait une tentative de suicide impulsive, en s'appropriant le révolver d'un ami gendarme, lequel va le prendre en charge, par la suite.

Quelques années plus tard (1950), il va rencontrer Madame F... et fonder un foyer avec cette dernière. Son délire de jalousie, essentiellement interprétatif, aggravé par un éthylisme surajouté va alors se développer autour de cette femme, entraînant des conflits conjugaux massifs et violents avec une large participation des enfants pris à témoin par l'un et l'autre des parents.

- Les enfants de ce couple ont tous été examinés par le département de pédo-psychiatrie :

a - Christian (né en 1953) a été vu le premier en 1961, adressé par un dispensaire pour un retard scolaire avec gaucherie et Dyslexie. On a conclu, pour lui, à l'existence de troubles dits instrumentaux sévères, sans qu'il y ait pour autant de graves perturbations sur le plan de la personnalité, malgré le milieu familial des plus perturbants.

Il est à noter, à propos de cet enfant, qui paraît s'en être relativement bien sorti, qu'il est le préféré de sa mère dont il est resté le plus proche, et qu'il s'est toujours maintenu très à distance de son père, dont il a peur.

Il a été entrepris pour lui une rééducation orthophonique qui s'est révélée efficace, et l'évolution de cet enfant a été considérée comme favorable, compte tenu des réserves quant au pronostic lointain.

b - Gérard (né en 1955), 3e enfant de la fratrie, a été vu en 1962, amené par sa mère qu'il inquiétait par son agressivité, occasionnant des colères d'une violence inquiétante. Cet enfant est apparu extrêmement perturbé dès le premier examen, qui relevait :

- des difficultés scolaires et caractérielles dans le cadre d'une opposition violente à sa mère,
- des défenses hypomaniaques et une agressivité absolument incontrôlée,
- l'impossibilité d'endiguer ses fantasmes et d'organiser ses défenses était particulièrement nette aux tests projectifs,
- l'ensemble de ces troubles a fait conclure à un état pré-psychotique, et l'enfant a été placé, un temps, au centre d'observation de Vitry dans le but d'un déconditionnement familial, puis à l'hôpital de jour pour enfants, où on a constaté une amélioration symptomatique et structurale. Néanmoins une évolution vers la psychopathie est à redouter.

Dans ses antécédents, il est à noter l'importance des perturbations occasionnées dans sa petite enfance par des hospitalisations itératives pour un rhumatisme articulaire aigu et une néphrite chronique. La carence maternelle qui en a résulté, et son sentiment d'abandon, n'ont pu qu'intensifier son agressivité vis-à-vis de sa mère et favoriser son identification à son père délirant et jaloux, lui aussi haineux vis-à-vis de la mère.

c - Christine (née en 1951) l'aînée, a été vue en 1963, amenée par sa mère pour des crises coléreuses accompagnées de céphalées.

En fait, cette enfant a eu, depuis sa naissance, de gros problèmes somatiques, après une grossesse particulièrement difficile. Elle a été hospitalisée maintes fois pour toxicose et des complications de maladies infantiles. En particulier

à l'âge de 8 ans, une scarlatine s'est compliquée d'une méningite grave qui a eu pour séquelles une comitialité diffuse et une légère débilité mentale.

De ce fait la scolarité a été décousue et des plus médiocres. Pendant toute son enfance, elle a eu de bonnes relations avec son père. Mais à l'adolescence, elle a été reléguée par lui "du côté" de la mère à laquelle elle s'identifie : "mon père nous traite de putains ma mère et moi" dit-elle, étant devenue elle-même l'objet du délire de jalousie paternel.

Compte tenu du niveau mental médiocre et de sa situation familiale, le pronostic était des plus réservés, et une évolution vers la psychopathie à craindre.

d - Jean-Philippe (né en 1963), 4e enfant a été adressé par son école en 1970, pour un retard scolaire et des troubles du comportement. Mais il n'a jamais été amené en consultation par ses parents.

e - De même Christophe, le dernier, né en 1964 a été également adressé par l'école, ne posant pas de problèmes majeurs, si ce n'est un asthme sévère. Lui non plus n'a pu être examiné, pour les mêmes raisons que son frère Jean-Philippe.

Il est intéressant de constater que cette famille, extrêmement perturbée, a pu, tant bien que mal, ne pas éclater, et même maintenir ses liens interpersonnels, au prix d'une pathologie propre à ses divers membres, comme si tout était "prédestiné".

- La fille aînée, a pu échapper au poids du délire paternel, en se mariant. Néanmoins le destin semble s'acharner sur elle, car elle a eu un enfant aveugle de naissance, qui a fait lui aussi une méningite grave.

- Le deuxième fils, Christian, a échappé à la psychopathie grâce probablement à une structure homo-sexuelle de type névrotique, sous l'influence d'une relation maternelle trop proche, et d'un refus d'identification à un père délirant et jaloux ; le mécanisme de la jalousie délirante a été décrit par Freud (*), qui a bien montré comment celle-ci constituait une défense vis-à-vis de l'homosexualité ; finalement ce n'est pas la femme du jaloux qui est visée, c'est le rival, tant désiré ; mais ce désir est interdit, et c'est la femme qui le concrétise, pour le malade, et qui devient par là l'objet du délire.

(*) Voir l'index bibliographique.

C'est une évolution de ce genre que ce garçon a pu éviter. Compte tenu de cette situation familiale, son organisation oedipienne n'a pas pu se développer et s'est faite sur un mode inversé, pour échapper au système délirant du père.

- Le troisième fils, Gérard, lui, s'est totalement identifié au père délirant, épousant sa violence et sa haine de la mère. Son avenir est probablement sombre ; tout au plus, il risque de reprendre la pathologie paranoïaque du père à son propre compte, tout au moins de virer vers la caractéropathie.

Comme je l'ai déjà montré dans l'étude systématique des observations de familles comportant un parent paranoïaque, l'étude du cas de la famille F... démontre bien la gravité des perturbations causées par ce type de malade chez leurs enfants.

Il y avait bien d'autres exemples. Je me bornerai à considérer brièvement le cas d'une famille dont la mère est paranoïaque.

(V) Famille B...

Dans cette famille, Madame B... soumet les siens à une pression permanente exercée par son délire interprétatif chronique.
Mais il n'y a pas de grosses perturbations familiales, et cela grâce à Monsieur B..., personnage solide, offrant à ses trois fils un support identificatoire tout-à-fait correct, et qui a su protéger, au moins deux d'entre eux, des ravages du délire maternel.

- En effet les trois fils de ce couple ont été examinés et suivis :

a - l'aîné a été vu à l'occasion de troubles réactionnels qui ont évolué favorablement, grâce au solide support identificatoire apporté par le père.

b - Le dernier est un cas qui peut grossièrement se superposer à celui du frère aîné. Il est à noter que c'est lui qui a consulté le premier, amené par sa mère, et que c'est à cette occasion qu'on s'est aperçu qu'elle délirait.

c - C'est le deuxième fils, très fixé à sa mère, qui semble le plus touché par la pathologie maternelle.

Il a été amené par sa mère pour des troubles de comportement, une anorexie, le tout au sein d'une anxiété intense. Il a été posé, à son sujet, le diagnostic d'état névrotique, son anxiété étant largement liée à ses préoccupations concernant l'état de santé de sa mère, ses mécanismes de défense comportant essentiellement une inhibition liée à des mécanismes obsessionnels et une identification à l'agresseur que le père représente pour lui, et pour sa mère également.

Cet enfant a été traité pendant 4 ans par une psychothérapie ; l'évolution a été jugée relativement favorable, mais le pronostic restait préoccupant, du fait de la proximité de sa mère, et le risque de passage à une névrose de caractère avait été évoqué.

Un an après la fin de sa psychothérapie, ce garçon a été revu à la suite d'un échec au baccalauréat. C'est à cette occasion qu'il fut décelé qu'il "délirait" avec sa mère, ayant adopté pour son propre compte le système projectif de sa mère : il ressentait, comme celle-ci, une atmosphère hostile et rejetante, et un sentiment d'agression de la part de son père, de ses frères, et des hommes en général, vécus comme dangereux et destructeurs.

On peut certes parler dans ce cas de délire à deux, mais l'adhérence aux thèmes délirants de la mère paraît ici nettement réactionnelle à sa situation d'échec scolaire en particulier.

Comme l'a écrit ANTHONY, dans ce cas, ce deuxième enfant, en adhérant au délire de sa mère lui fournit par là une preuve d'amour et de loyauté.

Ce cas se rapproche de celui de Christian (voir l'observation n° IV de la famille F...) : le délire à deux protège aussi ce deuxième fils contre le danger que représentait un rapproché homo-sexuel avec son père.

Ces observations de familles comportant un parent paranoïaque montrent bien à quel point les enfants risquent d'être le jouet du déchaînement passionnel du délirant, et courent de ce fait de grands risques dans leur évolution : le plus souvent, ils se défendent sur un mode psychopathique ; pour échapper au délire qui peut les rapprocher dangereusement du parent délirant, les garçons peuvent avoir recours à une organisation homo-sexuelle de type névrotique.

oOo

C O N C L U S I O N

1 - Dans ce travail qui visait à approfondir la connaissance du mode d'existence des enfants de psychotiques, après avoir présenté le fruit de quelques lectures, j'ai essayé d'analyser très brièvement un certain nombre d'observations de parents psychotiques et de ceux de leurs enfants qui avaient fait l'objet d'une consultation. Il va sans dire qu'un examen systématique de tous les enfants aurait permis des conclusions plus valables. Mais il n'est peut-être pas anodin à l'occasion de tels examens, d'aller réveiller des inquiétudes bien compréhensibles chez des enfants soumis à des conditions de vie souvent bien éprouvantes.

Je me suis volontairement limitée au cadre strict de la psychose, me référant, toutefois, à titre comparatif à des observations de parents considérés comme border-lines et psychopathes.

2 - J'ai étudié 54 cas. Il n'y a que dix familles ayant un parent schizophrène, ce qui n'est pas étonnant étant donné la difficulté de ces malades à construire une vie familiale.

Le nombre de délires systématisés est plus important, et l'on sait bien qu'ici les enfants sont davantage impliqués dans les troubles mentaux des parents.

Dans 10 familles de schizophrènes, sur les 24 enfants, 16 ont été examinés. L'échantillon des diagnostics portés chez ces derniers est très large, et rien ne permet de conclure à la transmission héréditaire de la maladie. Cependant on

note 3 cas de psychose. Il est vrai que l'échantillon des enfants est hétérogène, certains enfants ayant été examinés à l'occasion de troubles, d'autres à titre préventif.

Dans 9 familles dont l'un des parents est atteint de psychose maniaco-dépressive, 14 enfants ont été examinés sur un total de 22. La pathologie retrouvée chez eux évoque l'importance de la carence affective : dans 8 cas sur 9, il s'agissait d'une mère malade, ce qui peut permettre d'évoquer l'hypothèse du désinvestissement de l'enfant au moment de la crise dépressive de la mère.

Dans 13 familles où vit un délirant chronique de type paranoïaque, 21 enfants ont été examinés sur les 46 existants. Ils sont apparemment les plus nombreux à présenter des troubles patents et ont été souvent adressés par l'école. La pathologie est plutôt composite avec une note réactionnelle prédominante.

Dans bon nombre de cas, le pronostic évoqué est celui du déséquilibre psychopathique.

Dans 4 familles existait un parent présentant une psychose hallucinatoire chronique; 5 enfants ont été examinés sur les 14 existants. J'ai classé à part ces observations, non en raison de leur appartenance nosographique discutable, mais à cause de l'apparition tardive des troubles du parent malade. Dans 4 cas sur 5, le diagnostic évoqué est grave et le pronostic réservé; mais dans aucun cas n'est évoquée la possibilité d'une évolution psychotique.

A titre de comparaison, j'ai regroupé un certain nombre de cas pour lesquels on pouvait parler de structure psychotique (schizoïde et border-line). Il y a 12 familles avec 40 enfants dont IO ont été examinés. Dans ces cas où il n'y a pas de prise en charge psychiatrique des parents, les enfants n'ont pas consicence de la pathologie de leurs parents et offrent surtout des images réactionnelles.

Chez les psychopathes, pour 6 familles retenues, 6 enfants ont été examinés sur les I8 existants. Les parents appartiennent au champ psychiatrique. Comme chez les paranoïaques, les enfants sont impliqués dans les troubles des parents

et d'emblée, on note la gravité du diagnostic et du pronostic, surtout si l'on tient compte du comportement anarchique et agressif des parents, qui est à l'origine de la désorganisation familiale.

Dans mon travail, j'ai mentionné un certain nombre d'hypothèses qui ressortaient de la lecture des divers tableaux consacrés aux familles classées selon les entités nosographiques des troubles des parents, mais je voudrais rappeler que cette étude confirme une hypothèse relevée par tous les auteurs qui se sont intéressés à cette question : l'enfant du schizophrène est plus préservé par le fait qu'il a la possibilité de reconnaître la maladie du parent et de la mettre à distance, tandis que l'enfant du paranoïaque est directement impliqué dans le délire ou les troubles du caractère du parent, ce que confirme l'étude de l'enfant de psychopathe, qui éprouve les mêmes difficultés.

3 - Ayant eu l'occasion d'étudier plus en détail quelques observations d'enfants de schizophrènes, j'ai cru pouvoir proposer l'hypothèse suivant laquelle la constellation familiale intervient dans le développement des enfants, dans la génèse de leurs troubles et dans la manière dont ils vivent avec leurs parents psychotiques. Dans un premier cas, l'enfant est impliqué dans la complémentarité des rôles et il semble destiné à prendre la place du parent malade. Ailleurs grâce à la présence d'un substitut, surtout lorsqu'il remplace la mère, il peut, soit présenter une évolution "hypermature" et jouer lui-même le rôle d'un substitut (il devient lui-même comme le parent du schizophrène) ou évoluer vers des troubles d'ordre surtout relationnel et réactionnel. De telles constatations n'impliquent évidemment pas le pronostic lointain, et en particulier, on connaît la fréquence des décompensations au moment de l'adolescence.

Chez les maniaco-dépressifs, les conclusions tirées des tableaux étudiés ci-dessus montraient l'importance probable de la privation affective au moment des épisodes pathologiques. L'observation que j'ai retenue concerne un adulte qui peut parler de son " vécu " avec une mère psychotique; bien qu'il s'agisse d'une maniaco-dépressive, ce malade peut parler de sa fonction de "soignant" et de toute l'ambivalence qu'elle a organisée chez lui, ce qui nous laisse à

penser sur ce que peuvent éprouver des enfants qu'on ne songe pas à questionner à ce sujet.

L'importance des réactions suscitées par la paranoïa parentale a été soulignée. Dans une des observations étudiées, on a pu noter que le délire de la mère qui n'inquiétait pas la famille, au moins en apparence, a été reconnu à l'occasion d'une consultation demandée par elle pour le dernier de ses trois enfants. Le poids de ce délire semble avoir entraîné la conviction du deuxième enfant et je me suis demandée s'il ne s'agissait pas d'un cas de "délire" à deux" dans le cadre d'une adhésion au système projectif de la mère. Bien entendu, des trois enfants, le deuxième lui était spécialement attaché.

Ce cas explique en partie la réserve pronostique qui semble attachée aux cas des enfants suivis dans cette cohorte, même si le diagnostic initial limite les troubles constatés au domaine réactionnel.

4 - Je voudrais encore présenter quelques réflexions à titre de conclusion :

a) Les conditions dans lesquelles ces enfants de malades psychotiques ont été examinés sont en fait très variables. Dans la majorité des cas, ils ont été adressés au Département de Psychiatrie de l'Enfant pour des troubles variables qui avaient attiré l'attention sur eux, sans que référence soit faite aux troubles mentaux des parents. On a pu constater, dans un nombre évidemment très réduit de cas, qu'on aurait ignoré la psychose parentale si une recherche systématique n'avait pas été faite dans le Département des Adultes, pour savoir si les parents n'y étaient pas suivis. Dans d'autres cas, et ce sont les plus nombreux, la psychose parentale est évidente. Elle a pu être découverte à l'occasion de l'examen des enfants qui est le point de départ de la consultation des parents au Département de Psychiatrie Générale.

Ce dernier n'envoie que très rarement des enfants à examiner au Département compétent. En France, et en tout cas dans l'Association de Santé Mentale du 13e Arrondissement où l'essentiel de ce travail a été fait, l'habitude n'existe pas

de faire examiner systématiquement les enfants de parents psychotiques, en particulier au moment des crises. La notion d'untervention en cas de crise est au contraire très valorisée dans la plupart des services américains de Psychiatrie de Communauté.

b) L'ensemble des observations étudiées ne permet de tirer aucune conclusion qui ait une valeur statistique. En tout cas elle n'apporte aucun argument décisif à la thèse de la transmission héréditaire de certaines maladies mentales. A première vue, il n'y a pas plus de risques à être enfant de psychotiques qu'un enfant de névrosés. De nombreux facteurs, en dehors de la nature mentale des troubles parentaux, peuvent intervenir, comme l'a souligné RUTTER : la chronicité des troubles les conséquences qu'ils ont sur le niveau socio-économique de vie de la famille. On semble pouvoir remarquer que les enfants les plus jeunes des familles considérées sont les plus atteints et que, comme dans tout le domaine de la psychiatrie de l'enfant, les garçons sont plus en danger que les filles.

c) C'est donc souligner à nouveau l'intérêt de l'approche familiale en psychiatrie. Dans tous les cas, on a vu que c'est à travers une constellation familiale plus ou moins spécifique que se dégage le profil des troubles observés chez l'enfant. Je n'ai pas voulu reprendre ici l'étude de la pathologie familiale qui serait plus ou moins spécifique de l'expression des troubles chez l'enfant et en particulier je n'ai pas cherché à examiner les difficultés de communication à l'intérieur de la famille. On pourrait en tout cas remarquer que le conjoint du parent psychotique présente des traits de personnalité assez particuliers. C'est ainsi qu'on peut opposer le conjoint du paranoïaque qui est impliqué avec lui dans une relation sado-masochiste, comme c'est le cas d'une manière plus ou moins nette chez les enfants; au contraire le conjoint du schizophrène, qui assure souvent une fonction maternante ou soignante, comporte souvent des traits plus ou moins discordants, il s'appuie sur des systèmes très rationalisés, autant de traits qui font quelquefois parler de structure psychotique. Dans l'ensemble, leur désir réparateur semble essentiel dans leur décision de mariage et les enfants reproduisent souvent ce type de personnalité.

d) Si l'on étudie la place de la mère schizophrène par rapport à sa propre mère et à ses enfants, on s'aperçoit que, comme WINNICOTT l'a souligné, elle fait

parfois don de son ou de ses enfants à sa propre mère, comme pour lui donner une dernière chance d'être une bonne mère. Par ailleurs, en raison de son attitude, elle demande beaucoup à ses enfants et elle exige parfois de l'un d'entre eux d'être un remplaçant de sa mère, ce qui confine l'enfant dans des fonctions soignantes dont j'ai à plusieurs reprises parlé.

On comprend donc l'étonnante maturité et le sens de la responsabilité que les enfants de parents shizophrènes peuvent acquérir assez tôt. J'ai par exemple été frappée par l'histoire d'un adolescent qui réussit à tenir la main de sa mère pendant quarante huit heures, pour éviter qu'elle ne se défenestre. Dans de nombreuses observations, les auteurs insistent sur la compassion des enfants du schizophrène pour le parent malade, sur leur capacité à accepter le délire, sans y participer, mais sans intervenir brutalement retrouvant par certains aspects une relation psychothérapique.

5 - Finalement l'étude des enfants de parents psychotiques nous conduit à poser un problème grave en psychiatrie, celui des modalités et de la nature de la prise en charge. Il est facile de parler de prise en charge familiale mais dans la réalité concrète, les décisions sont difficiles à prendre, car les intérêts des parents psychotiques et de leurs enfants ne coïncident pas forcément. Ils seront présentés dans la réalité par deux services psychiatriques différents, ceux de psychiatrie des adultes et ceux de psychiatrie des enfants. Souvent les psychiatres d'adultes souhaiteraient que les parents ne soient pas séparés de leurs enfants et que la vie familiale puisse se poursuivre. Les psychiatres d'enfants de leur côté connaissent les dangers de la vie avec les parents psychotiques et envisagent parfois la séparation comme une nécessité.

De toute façon il n'est pas évident que la présence d'un parent psychotique au sein de la famille soit plus dangereuse que celle d'un névrosé : peut-être vaut-il mieux être l'enfant d'un parent schizophrène, ce qui permet une prise de distance de la part de l'enfant que d'une mère pantophobique dont le rejeton deviendra l'objet protecteur contre-phobique.

Dans tous les cas il faut se rappeler, comme l'a écrit WINNICOTT, que "la maladie de l'enfant n'appartient qu'à l'enfant".

Vu, le Président de Thèse :

Professeur DUCHE

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANTHONY E.J.,
Dans "Folie à deux - A developmental failure in the process of separation - individuation".
In Fetschift in honour of Margaret MAHLER N-Y International Universities Press (In Press).

ANTHONY E.J. (I968)
"A clinical and experimental study of high risk children and their schizoprenic parents".
In "The Transmission of Schizophrenia".

ANTHONY E.J. (I970)
"L'impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale ou physique chez un des parents".
dans "l'Enfant dans sa famille" publié sous la direction de E.J. ANTHONY et C. KOUPERNIK - Masson -

BATESON G. (I956)
"Towards a theory of schizophrenia"
In Behav. Sci I - 251.

BIRMANN R. (I966)
"Die seelische Entwicklung des kindes im familien - milieu schizophrener"
In Archives suisses de Neurologie - Neurochirurgie et de Psychiatrie
I966 - 97 - n° 1.

BOURDIER P. (I970)
"L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux, problèmes cliniques et théoriques"
dans Revue Française de Psychanalyse Tome XXXVI - I972.

BOURDIER P. (I959)
"Les parents de schirophrènes"
dans "Psychiatrie de l'enfant" volume II Fascicule I.

BOWEN M. (I959)
"The role of the father in the families with a schizophrenic patient".
dans A.M. J. Psychiat. 115 - 1017

BOWLBY J. (I95I)
"Soins maternels et santé mentale"
OMS - Genève.

DUCHE D.J. (I969)
"Les parents de l'enfant psychotique"
dans Confrontations psychiatriques n° 3

DUCHE D.J. (I969)
"La conception organogénétique des psychoses infantiles"
dans Problématique de la psychose - Amsterdam excepta-Medica.

FREUD S. (I932)
"Quelques mécaniques névrotiques dans la jalousie, paranoïa et l'homosexualité".
dans Rev. Fr. de Psychanal. I932.

LANDAU R. et All (I970)
"The influence of psychotic parents on their children's development".
Travail inédit, présenté au 7è Congrès International de Psychiatrie Infantile à Jérusalem en Juillet I970.

LEBOVICI S. et Mac DOUGALL J. (I960)
"Un cas de psychose infantile" Paris.

LEBOVICI S. et SOULE M. (I970)
"La connaissance de l'enfant par la Psychanalyse"
Paris PUF.

MARCUS J. (I970)
"Neurological and physiological characteristics of the children of shizophrenic parents".
Congrès de Jérusalem de I970.

MISES R. et MONIOT M. (I970)
Psychoses infantiles - Les facteurs de Milieu.
dans EMC - Psychiatrie Tome I - 37299 - M-IO-P4.

PIAGET J.,
"The language and throught of the child"
dans N-Y Harcourt I926.

RACAMIER P.C. (I953)
"Etude clinique des frustrations précoces"
dans Revue Française de Psychanalyse XVII n° 3.

RUTTER M. (I966)
in "Children of sick parents"
Londres, Oxford University Press.

SOULE M. (I958)
"La carence de soins maternels dans la petite enfance"
dans Psychiat.enfants 1- 2.

SPIEGEL J.P. et BELL N.W. (I959)
"The family of the psychiatric patient"
in American Handbook of psychiatry I, 114-149.

WATZLAWICK P. (I969)
"Patterns of Psychotic Communication".
in "Problematique de la psychose" - La Haye Excepta Medica.

WINNICOTT D.W. (I96I)
"L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant".
dans "De la Pédiatrie à la Psychanalyse " traduction de J. Kalmarovitch I969 Payot.

WINNICOTT D.W. (I956)
"La préoccupation maternelle primaire".
dans "De la Pédiatrie à la Psychanalyse" I969 - Payot.

WINNICOTT D.W. (I954 et I955)
"La position dépressive dans le développement affectif normal".
dans "de la Pédiatrie à la Psychanalyse" I969 - Payot.

SOULE M. (1958)
"La carence de soins maternels dans la petite enfance"
dans Psychiat.enfants 1- 2.

SPIEGEL J.P. et BELL N.W. (1959)
"The family of the psychiatric patient"
in American Handbook of psychiatry I, 114-149.

WATZLAWICK P. (1969)
"Patterns of Psychotic Communication".
in "Problematique de la psychose" - La Haye Excerpta Medica.

WINNICOTT D.W. (1961)
"L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de leur enfant".
dans "De la Pédiatrie à la Psychanalyse" traduction de J. Kalmanovitch
1969 Payot.

WINNICOTT D.W. (1956)
"La préoccupation maternelle primaire".
dans "De la Pédiatrie à la Psychanalyse" 1969 - Payot.

WINNICOTT D.W. (1954 et 1955)
"La position dépressive dans le développement affectif normal".
dans "De la Pédiatrie à la Psychanalyse" 1969 - Payot.